

Tverrfaglig helsearbeid

”Å bryte den onde sirkel, å starte en god sirkel”

Veline Therese Martinsen



Masteroppgave ved Pedagogisk Forskningsinstitutt

Det Utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2009

Forord

Det har vært en lang og tidkrevende prosess å få oppgaven ferdig, men nå er jeg endelig i mål. Da jeg kom på tema for oppgaven hadde jeg ingen anelse hvor jeg skulle begynne. Det har vært en hard, men spennende modningsprosessen. Jeg hadde aldri klart dette alene, og derfor er det mange som fortjener en takk.

Først vil jeg takke min veileder Stein- Erik Ulvund for din tålmodighet, forståelse og interesse for at jeg skulle få oppgaven ferdig. I tillegg vil jeg takke Beate Marswall og Ingunn S. Carling for mange fine år med latter, fruktbare diskusjoner og gode tanker. Takk for deres engasjement og interesse. En videre takk vil jeg rette til min beste venninne og romkamerat over flere år Sara Sofie Stegen for ditt enorme store og varme hjerte. Dine ord og handling har betydd enormt mye for meg, og de kan nærmest ikke beskrives med ord. Videre vil jeg også takke mine bestevenninner Heidi Kalmo og Ina Sandberg for deres støtte og oppmerksomhet.

De som fortjener den største takken er mine foreldre, Eva Martinsen og Terje Martinsen for uvurderlig støtte på alle mulige måter opp gjennom disse årene. Dere har dratt meg opp og frem, og dere er enestående. Det kan ikke beskrives med ord hvor glad jeg er i dere. Videre vil jeg takke min bror for dine støttende ord opp igjennom prosessen. En takk også til øvrig familie og venner, og til meg selv for å ha klart å nå målet.

Oslo, 25. Juni. 2009

Veline Therese Martinsen

TITTEL:

Tverrfaglig helsearbeid

”Å bryte den onde sirkel, og starte en god sirkel”

AV:

Veline Therese Martinsen

EKSAMEN:**SEMESTER:**

Masteroppgave i pedagogikk

Våren 2009

Pedagogisk psykologisk rådgivning

STIKKORD:

- Alvorlige atferdsforstyrrelser
- Opplevelsen av sammenheng
- Tverrfaglig samarbeid og samordning
- Tiltak og tilrettelegging

Alting er forbundet med alt andet i verden. Jorden og alt hva der er på den er skabt af det samme- nemlig stjernestøv (Larsen et al., 2000:23)

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	13
1. INNLEDNING	15
1.1 PRESENTASJON OG BAKGRUNN FOR TEMA	15
1.2 TEMAETS AKTUALITET I DAGENS SAMFUNN.....	16
1.3 PROBLEMSTILLING OG REDEGJØRELSE FOR DENNE	17
1.4 OPPGAVENS PROSESS OG STRUKTUR	18
1.5 AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING.....	19
2. NÅR ATFERDEN HAR BLITT ET PROBLEM	21
2.1 HVA ER EN ATFERDSFORSTYRRELSE?	22
2.2 OPPOSISJONELL ATFERD OG ALVORLIG ATFERDSFORSTYRRELSE	23
2.3 HYPERKINETISKE FORSTYRRELSE.....	24
3. ANTONOVSKYS HELSEBEGREP	25
3.1 ANTONOVSKYS SALUTOGENETISKE SYN PÅ HELSE VERSUS DET PATOGENETISKE SYN PÅ HELSE.....	25
3.2 BEGREPET ”OPPLEVELSE AV SAMMENHENG”(OAS)	26
3.3 STERK OAS VERSUS SVAK OAS	28
3.4 PERSPEKTIV PÅ UTVIKLING AV OAS MED EN ATFERDSFORSTYRRELSE	29
3.4.1 <i>Mulige stressorer og påvirkning i utviklingsforløpet</i>	<i>30</i>
3.4.2 <i>Identitet og diagnose</i>	<i>32</i>
3.4.3 <i>På hvilken måte kan en gruppes OAS påvirke enkeltindividets OAS.....</i>	<i>35</i>
4. SAMORDNING OG SAMARBEID MED VEKT PÅ OAS.....	37
4.1 OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE	38
4.2 SYSTEMTEORI MED VEKT PÅ ”SAMORDNING”	39

4.3	SYSTEMTEORI MED VEKT PÅ SAMARBEID	40
4.4	ANSVARSGRUPPE	45
4.5	TVERRFAGLIG SAMARBEID MELLOM: BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN, SKOLEN, FAMILIEN OG PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TJENESTE.....	48
4.5.1	<i>BUP i samarbeidsrelasjon til familien/familien i samarbeidsrelasjon med BUP</i>	<i>51</i>
4.5.2	<i>Familien i samarbeidsrelasjon med skolen/skolen i samarbeidsrelasjon med familien</i>	<i>59</i>
4.5.3	<i>PPT i samarbeidsrelasjon med skolen, familien og BUP /skolen, familien og BUP i samarbeidsrelasjon med PPT</i>	<i>61</i>
5.	OM TILBAKEFØRINGER AV BARN MED ALVORLIGE ATFERDSVANSKER FRA BUP TIL DEN ORDINÆRE SKOLE.....	65
5.1	INDIVIDUELL OPPLÆRINGSPLAN (IOP)	66
5.1.1	<i>Brukermedvirkning på individ- og systemnivå i BUP</i>	<i>69</i>
5.1.2	<i>Metodiske tiltak i BUP</i>	<i>70</i>
5.1.3	<i>På hvilken måte kan de metodiske tiltakene i BUP være overførbare og brukbare tiltak til systemet skole uten sammen implementerte metode?.....</i>	<i>73</i>
6.	KONKLUSJONER.....	78
7.	OPPSUMMERENDE TANKER OG AVSLUTNING.....	82
8.	LITTERATURLISTE	84

Sammendrag

Visjonen med denne hovedoppgaven er å belyse det ideelle tverrfaglige samarbeid i og mellom systemene Barne- og ungdomspsykiatrien, Pedagogisk Psykologisk Tjeneste, skole og hjem. Det tverrfaglige samarbeidet i og mellom systemene påvirker brukernes "opplevelse av sammenheng" (OAS) som del og deltaker av systemene. OAS går på det å begripe, håndtere og se sin livssituasjon som meningsfull, noe som er nødvendig for utvikling eller opprettholdelse av en "sunn" helse. Alvorlige psykiske vansker er som oftest en stor belastning for barnet, de nærmeste og deres omgivelser. Mange familier kommer til et punkt de kan sies å ha mistet kontrollen over sin livssituasjon, og av den grunn søker hjelp i barne- og ungdomspsykiatrien(BUP). Oppgaven vil belyse ulike utfordringer knyttet til utrednings/behandlings- og tilbakeføringsarbeidet. Drøftelsen av utrednings/behandlings- og tilbakeføringsarbeidet vil overordnet belyse følgende spørsmål: 1) Hvorfor tverrfaglig samarbeid "om" bruker, 2) hvorfor tverrfaglig samarbeid "med" og "om" bruker, og 3) hvorfor tverrfaglig samarbeid "med" bruker? Disse spørsmålene belyser hva som bør skje i prosessen etter overføring fra skolen til BUP, i selve behandlingsarbeidet og tilbakeføringsarbeidet til skolen. Målet om å bryte den onde sirkel, og starte en god sirkel bygger på en systemisk tankegang, hvor alt sies å ha en sammenheng med alt. I den sirkulære tankegangen vil en årsak samtidig være en virkning, i motsetning til den lineære tankegangen der årsak er lik virkning og ikke omvendt. Oppgaven er bygd opp rundt de overnevnte spørsmålene på bakgrunn av den systemiske, sirkulære tankegangen på følgende måte: 1a) Hvorfor tverrfaglig samarbeid "om" bruker kjennetegner utredningsarbeidet som bygger på "patogenese", det vil si fagpersoners drøftelse av årsaken til hvorfor brukerne har blitt syke, 2b) Hvorfor tverrfaglig samarbeid delvis "om" og delvis "med" bruker kjennetegner behandlingsarbeidet som bygger på "salutogenese", det vil si fokus på hva som kan gjøre brukeren "frisk" om ikke "friskere". Første steget mot å gjøre brukeren "friskere" er å gjøre brukeren mer bevisst om "hvorfor" denne livssituasjonen "her og nå", og det andre steget er rettet mot hvor brukerens mestringsressurser kan ligge, 3c) Hvorfor tverrfaglig samarbeid "med" bruker i behandlingsarbeidet og etter endt tilbakeføring. Dette siste punktet bygger videre på salutogenese hvor tiltakene blir satt ut i praksis med vekt på brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Systemteori handler om søken etter mønster og sammenhenger, det vil si i dette tilfellet søken etter "usunne" mønster som kan brukes til fordel for å finne

”sunne” mønstre hos bruker. Målet med prosessene 1-3 er å gjøre brukerens livssituasjon, begripelig, håndterbar og meningsfull for brukeren selv, deres foresatte og omgivelsene på individnivå, hvor det samtidige målet er for bruker å utvikle en ”opplevelse av sammenheng” i og mellom systemene den/de er del og deltaker av.

1. Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for tema

Temaet i denne hovedoppgaven omhandler det tverrfaglige samarbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien i samordning og samarbeid med Pedagogisk Psykologisk Tjeneste, skole og hjem. Det tverrfaglige samarbeidet vil nærmere bestemt omhandle overføringer av atferdsvanskelige barn fra skolen til BUP, etterfulgt av utredning og behandling i BUP med mål om tilbakeføring av barnet fra BUP til skolen igjen. Hvordan et slikt samarbeid i og mellom de overnevnte systemene ideelt sett bør foreløpe, drøftes i lys av hvilke faktorer som må ligge til grunn for at et tverrfaglig samarbeid skal fremme ”sunn” helse hos brukere.

Bakgrunn for temaet fattet jeg interesse for våren 2007 da jeg var i praksis i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). I BUP tok jeg del i følgende aktiviteter: Dagenhetens skole- og undervisningsopplegg, øvrige sosiale aktiviteter med brukere, ansvarsgruppemøter, refleksjonsgrupper og foreldresamtaler inn under Familieenheten. Møtet med institusjonen gjorde inntrykk på området sammensatt psykiatrisk lidelse (alvorlig atferdsforstyrrelse) møter et sammensatt hjelpeapparat. Jeg var vitne til utforming og praktisering av sammensatte tiltak og tilrettelegging for ulike brukere i konteksten før, under og etter behandling. Jeg fikk en god innføring i teori og praksis hvordan utrednings- og behandlingsopplegget foregikk, da jeg fikk følge en spesifikk bruker og dens foresatte. Den videre bakgrunnen for temaet ble fulgt opp da jeg var i praksis i PPT høsten 2007, og fikk ansvar for den samme brukeren som jeg tidligere hadde fulgt i BUP. Brukeren fra BUP var nå blitt tilbakeført som elev til sin ordinære skole. I PPT fikk jeg ansvar for følgende aktiviteter: testing av elev, samtaler med kontaktlærere i forbindelse med BUP`s oppfølging og anbefaling av tiltak og foreldresamtaler. På bakgrunn av overnevnte aktiviteter skrev jeg en sakkyndig vurdering med vedtak om spesialundervisning og omfang.

1.2 Temaets aktualitet i dagens samfunn

Valg av tema mener jeg har vært og fortsatt er et aktuelt tema i forbindelse med Regjeringens Strategiplan "sammen om psykisk helse" vektlegger at tjenestene som tilbys skal være helhetlige, sammenhengende, koordinerte og organiserte ut fra barn, unges og familiers behov for tilbud med lave terskler og kontinuitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Opptrappingsplanens mål for å oppnå et helhetlig tjenestetilbud besto blant annet i å gjøre følgende: øke rekrutteringen av kvalifisert hjelpepersonell, bedre tilpassede tjenester etter brukerens behov samt gi pasienter og pårørende større innflytelse over tjenestene (St.meld.25, 1996-97). På den ene side var målet utbygging av behandlingstilbudet, og på en annen side var målet å øke kunnskapen om psykisk helse blant befolkningen. Økt kunnskap blant befolkningen om psykiske helse kunne føre til en holdningsendring som normaliserte og stigmareduerte det å ha og leve med en psykisk lidelse. De økonomiske satsningene samt kunnskap om psykisk helse førte til økt etterspørsel av psykiatriske tjenester. Under utbyggingen av behandlingstilbudet var målet å øke kapasiteten til cirka 5%, som blant annet skulle bidra til økt tilgjengelighet og reduserte ventelister (Andersson & Steihaug 2008).

Tilgjengelighet i tjenestetilbudet er ikke kun rettet mot ventelistene, men også samarbeidet mellom de involverte systemene. BUP er involvert i tverrfaglig samarbeid for om lag en av tre barn og unge (Andersson & Steihaug, 2008:74). Flere barn og unge i 2007 enn i 2004 omfattes av et samarbeid mellom BUP og PPT (Andersson & Steihaug, 2008:74). Tverrfaglig samarbeid mellom BUP, PPT, skole og hjem i et utrednings/ behandlings- og tilbakeføringsarbeid av barn og unge er nødvendig for å oppnå et helsefremmende resultat. Tverrfaglig samarbeid mellom systemene (BUP, PPT, skole og hjem) er både tids- og ressurskrevende. I forhold til tid og ressurser hvilke mål kan sies å være nådd, og hva kan sies å være hindringene for de målene som ikke er nådd? Fra selve betydningen av et tverrfaglig samarbeid og samordning "om" bruker, til betydningen av pasienters og pårørendes innflytelse over tjenestene under begrepet "brukermedvirkning". Brukermedvirkning var et av de mest sentrale målene i Opptrappingsplanen for psykisk, helse skulle nås. Uten brukermedvirkning, ingen endring. Hva sier evalueringen av Opptrappingsplanen? Helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester skal sørge for et helsefremmende samarbeid mellom systemene på systemnivå "med" og "om" brukeren i utformingen av enhetlige tiltak på individnivå. Hva ligger i begrepet enhetlig, og er enhetlige

tiltak mulig sett at det eventuelt foreligger hindringer for et tverrfaglig samarbeid i og mellom de overnevnte systemene?

Hvem er PPT i det tverrfaglige samarbeidet, og har PPT vært et satsningsområde innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse? PPT fungerer som en forebyggende instans til psykiske lidelser, og en relevant samarbeidspartner til BUP. PPT har formelt sett ikke vært et satsningsområde i Opptrappingsplanen for psykisk helse, det vil si som en forebyggende 1-linje instans til BUP har de ikke har mottatt noen økonomiske midler (Andersson & Steihaug, 2008). Er det kritikkverdig at PPT ikke har blitt prioritert økonomisk gjennom Opptrappingsplanen, og i så fall hvorfor?

1.3 Problemstilling og redegjørelse for denne

Med bakgrunn i min praksis i BUP og PPT, og aktualiseringen av utfordringer knyttet til Opptrappingsplanens mål om tverrfaglig samarbeid og samordning, ”om” og ”med” brukere med psykiske lidelser har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilke faktorer bør ligge til grunn for et godt tverrfaglig samarbeid om og med bruker i BUP, og hvordan kan disse fremme en opplevelse av sammenheng hos bruker i en tilbakeføringsprosess til skolen?

Problemstillingen er todelt, hvor det første spørsmålet omhandler hva som må ligge til grunn for en ideell tverrfaglig samordning og et samarbeid. Dette blir drøftet ut fra Opptrappingsplanens mål om samordning og samarbeid sett i lys av en systemisk eller sirkulær tankegang. Den sirkulære tankegangen samt Antonovsky`s helsebegrep skal gi svar på hvordan fagpersoner bør begripe brukerens ”onde sirkel”, for så å håndtere og begynne tilretteleggingen for en start på en ”god sirkel”. Et optimalt tverrfaglig samarbeid ”om” og ”med” bruker vil fremme utviklingen av en god sirkel på tross av en ond sirkel hos bruker. Antonovsky sier det samme bare mer spesifikt med mål om ”å fremme sunnhet på tross av sykdom”.

1.4 Oppgavens prosess og struktur

Oppgaven er teoretisk, og basert på tekstanalyse. Tilnærmingen kan beskrives som hermeneutisk (Alvesson & Skölberg, 1994). Min førforståelse bygger på erfaringene jeg gjorde meg i praksis i BUP og PPT. På grunnlag av lite norsk litteratur på området ”barne- og ungdomspsykiatri”, og om ”tilbakeføringer av barn fra BUP til skolen”, valgte jeg å bygge oppgaven opp rundt en systemteoretisk tankegang som både Opptrappingsplanen for psykisk helse og Antonovsky`s helsebegrep antas å ha røtter i. Gregory Bateson kalt systemteoriens far, og en av familierapiens grunnlegger fant jeg som relevant å bruke for å belyse den sirkulære prosessen som utrednings/behandlings- og tilbakeføringsarbeidet består i, nemlig å bryte med den onde sirkel, å starte en god sirkel ”om” og ”med” bruker. Antonovsky valgte jeg for å kunne si noe om hvilke faktorer som fremmer en ”sunn” eller ”sunnere” helse, og en opplevelse av sammenheng (OAS) i og mellom systemer brukeren er en del og deltaker av på individ- og systemnivå. Videre struktur og gang i oppgaven vil bli presentert nedenfor på følgende måte: hvor bruker jeg hvem, for å belyse hva.

Kapittel to er en kort redegjørelse av grensen mellom problematferd, det vil si fra og hatt problemer med atferden i perioder, til at selve atferden har blitt et problem, det vil si blitt et atferdsproblem. Kjennetegn ved atferdsproblemer eller atferdsforstyrrelser er relevant å drøfte for å kunne belyse hvilken utfordring et tverrfaglig team står ovenfor.

Kapittel tre er en blandet redegjørelse og drøftelse av Antonovsky`s helsebegrep: ”opplevelse av sammenheng” som enten sterk, middels eller svak. Siden fokuset er på gruppen barn- og unge med en alvorlig atferdsforstyrrelse, vil jeg i deler av kapittelet se på mulige årsaker-virkninger (patogenese) til barnets sykdom basert på barnets livsopplevelser samt eventuelt medfødte sårbarhet som utgjør deres OAS. Det overnevnte kan sammenlignes med hva som skjer i en utredning i BUP, det vil si et tverrfaglig samarbeid ”om” brukeren. Videre svak OAS versus sterk OAS, for å belyse hvilke faktorer fagpersoner skal legge vekt på for å fremme en ”sunn” helse hos de med en svak OAS.

Kapittel fire er en drøftelse av ”samordning og samarbeid med vekt på OAS”. Overordnet vil utrednings- og behandlingsarbeidet ”om” og ”med” bruker drøftes med et salutogent perspektiv på helse belyst av en systemisk tankegang. Systemteorien brukes for å finne sammenhengene i den sammensatte psykiatriske lidelsen, atferdsforstyrrelsen. Målet er å

finne sammenhenger mellom omgivelsene og individets atferd, og ikke årsaken til atferden (Nordahl, Sørli & Manger, 2005:12). Anvendt på atferdsproblemer handler systemteori at vi bør forsøke å avdekke de faktorer, sammenhenger og mønstre som skaper og opprettholder den problematiske atferden (Nordahl et al., 2005:12). Bateson brukes her for å se på atferden og kommunikasjonen i et individuelt og relasjonelt perspektiv. Disse faktorene, sammenhengene og mønstrene vil bli belyst gjennom et salutogentisk perspektiv eller et helsefremmende perspektiv på helse. De involverte systemene har en rolle og et ansvar i en samarbeidsrelasjon til hverandre "om" og "med" bruker for å avdekke "usunne" sammenhenger og fremme "sunne" sammenhenger. Alle systemene må samarbeide og ha en "sunn" relasjon til hverandre for at endring hos bruker skal bli reelt.

Kapittel fem er en drøftelse "om tilbakeføringer av barn med alvorlige atferdsvansker fra BUP til skolen". Her legges det vekt brukermedvirkningens betydning for helsen, og på hvilken måte dette praktiseres gjennom BUP's "klient- og resultatstyrte terapi"(KOR). Individuell Opplæringsplan er en sentral faktor som sikrer og ivaretar informasjonen på et sted. Hovedspørsmålet her er om tiltakene utformet på bakgrunn av KOR er overførbare og brukbare i systemet skole.

Kapittel seks "konklusjoner" skrevet på bakgrunn av hva jeg har kommet frem, og i samsvar eller motsetning til hva evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse har kommet frem til.

Kapittel syv "oppsummering av tanker og avslutning" er en oppsummering av hovedtemaene og hva jeg har kommet frem til.

1.5 Avgrensning og begrepsavklaring

I min avgrensning har jeg valgt å ta for meg følgende samordnende og samarbeidende systemer: BUP, PPT, skole og hjem. Det tverrfaglige samarbeidet er om og med gruppen barn og unge med alvorlige atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser. Barn og unge mellom 7-12 år som skal overføres til BUP, etterfulgt av behandling i håp om tilbakeføring til grunnskolen igjen. Barnet får undervisning i BUP's Dagenhet, og terapi alene og ofte sammen med sine foresatte inn under Familieenheten.

Når det gjelder begrepsavklaring har jeg valgt og ikke avklare begreper her, da jeg underveis forklarer og definerer begrepene i demmes sammenheng. Noen begreper som blir brukt om hverandre, men som er av samme betydning er følgende begreper:

- Familien/hjem/foresatte og barn/foresatte og atferdsvanskelig barn
- Atferdsvansker/atferdsforstyrrelser/antisosial atferd

2. NÅR ATFERDEN HAR BLITT ET PROBLEM

Atferd som et omfattende begrep omhandler hvordan en person oppfører seg eller fremstår for andre (Snoek & Engedal, 2000:159). Hvordan atferden fremstår for andre sier noe om hvordan man ser på seg selv gjennom andre, "looking glass self". Slik man ser på seg selv som person er med andre ord et resultat av hvordan andre oppfatter en som person, og ikke hvordan personen oppfatter seg selv. Atferden opptrer på ulike måter, og hva som kan kalles avvikende og hva som kalles normal atferd er et definisjonsspørsmål. Atferdsproblemer er sosialt definerte, og dermed ikke et fenomen som eksisterer uavhengig av rådende sosiale og kulturelle normer (Ogden, 2002). Atferdsproblemer i ulike sosiale og kulturelle fellesskap har en ting til felles, og det er at atferden bryter med allment aksepterte normer og verdier, og hemmer eller ødelegger for fellesskapet og samhandlingen som foregår der (Nordahl et al., 2005:19). Atferden som et kulturavhengig fenomen er kun observerbar ikke ved følelsene vi holder inne i oss, men ved det vi signaliserer til andre at vi har problemer med av ulike slag (Snoek & Engedal, 2000:159). Hva utgjør forskjellen mellom problematferd og et atferdsproblem?

Hva som oppfattes som problematferd kan sies å avhenge av miljøet, tiden, konteksten og situasjonen atferden opptrer i (Nordahl et al., 2005). Periodevis problematferd er av forbigående art, mens et atferdsproblem i større grad karakteriseres som et vedvarende problem som ikke er av forbigående art. Et atferdsproblem som ikke er av forbigående art, kan allikevel betraktes som problematisk atferd i en situasjon, men ikke i en annen situasjon (Nordahl et al., 2005). Atferden som vises periodevis må ikke dominere helhetsbildet av hva vi ser (Nordahl et al., 2005). Om problematferden betraktes som problematisk i flere situasjoner, kan problematferden ha utviklet seg til et atferdsproblem eller atferdsforstyrrelse. Et omfattende atferdsproblem eller en atferdsforstyrrelse vil i større grad dominere helhetsbildet av hva vi ser. Problematferden må vare over tid før det kan defineres som et atferdsproblem. Hva karakteriserer et atferdsproblem som har utviklet seg til en atferdsforstyrrelse, og hva kjennetegner de ulike typer av atferdsforstyrrelser?

2.1 Hva er en atferdsforstyrrelse?

Atferdsforstyrrelse karakteriseres ved personens handlinger, men ikke hans/hennes tanker, følelser eller personlige forhold til moral. I dette ligger det at det atferdsforstyrrede barnet eller ungdommen ved sin atferd krenker andres grunnleggende rettigheter (Snoek & Engedal, 2000:159). I min avgrensning har jeg valgt å fokusere på tre typer atferdsforstyrrelser, opposisjonell atferd, alvorlige atferdsvansker samt hyperkinetiske forstyrrelser også kalt AD/HD (Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder). I følge Mørch (2006) referert i Eikeseth & Svartdal (2006:273) er atferdsforstyrrelser i dag den hyppigst forekommende psykiatriske lidelsen hos barn. Atferdsforstyrrelser forekommer hos cirka 7% av alle barn, hyppigere hos gutter enn hos jenter (Snoek & Engedal, 2000:160). Hyppigere representert er atferdsforstyrrelser i lavere sosiale klasser enn i høyere, og et vanligere fenomen å se i byen enn på landet. Tilstanden kan ofte forbindes med ungdom, men tilstanden er like hyppig representert blant barn (Snoek & Engedal, 2000). Men hvordan foreløper tilstandene, og kan de ha en sammenheng med hverandre?

Atferdsforstyrrelse kan ofte forekomme i komorbide tilstander eller samtidige tilstander. For eksempel så er det ikke uvanlig at opposisjonell atferd som barn kan ha en sammenheng med utvikling av senere alvorligere atferdsvansker i ungdomsalderen. Hyperkinetiske forstyrrelser forekommer også ofte i kombinasjon med opposisjonell atferd og alvorlig atferdsforstyrrelser (Aase & Johansen, 2006). Jo flere samtidige tilstander, jo alvorligere problematferd. Samtidige tilstander hos barn og unge kan forsterke tilstanden fra og hatt problemer med atferden i perioder, til at selve atferden har blir et problem (Nordahl et al., 2005). Når selve atferden er blitt et problem forekommer atferden i større omfang og intensitet over tid, og kan karakteriseres som en mulig atferdsforstyrrelse. I klassifiseringssystemet ICD-10 karakteriseres atferdsforstyrrelser slik: *”Et gjentatt og vedavarende mønster av dyssosial, aggressiv og trassig atferd som viser klare brudd på sosiale forventninger og normer sett i forhold til alderen. Atferden bør være av minst 6 måneders varighet”* (Berg, 2005:241). For å få diagnosen atferdsforstyrrelse og/eller hyperkinetiske forstyrrelser kategoriseres informasjon ut fra patogenese som jeg kommer tilbake til, altså ut fra mulige årsaker til sykdommen. ICD-10 skiller mellom sosialiserte og ikke- sosialiserte typer av atferdsforstyrrelser (Felton & Mezzacappa, 2002). Sosialiserte atferdsforstyrrelser er et uttrykk for atferdsforstyrrelse som gruppeaktivitet. Ikke- sosialiserte atferdsforstyrrelser er et

uttrykk for vedkommendes individuelle og ofte ensomme handlinger (Snoek & Engedal, 2000). Atferdsforstyrrelser kan skyldes både risikofaktorer i arv og miljø. Hva som kan karakteriseres som risikofaktorer og som mulige årsaker til utvikling av atferdsforstyrrelser kommer jeg tilbake til i kapittel 3, hvor jeg knytter utvikling av atferdsforstyrrelser til Antonovsky's begrep om "opplevelse av sammenheng". Først skal jeg si noe kort om hva som kjennetegner de ulike atferdsforstyrrelsene for å belyse utfordringene slike forstyrrelser kan ha for barn- og unge selv, deres nærmeste samt deres omgivelser.

2.2 Opposisjonell atferd og alvorlig atferdsforstyrrelse

Som vi har sett er det viktigste hjelpemiddelet å vurdere atferdsproblemenes betydning etter deres alvorlighetsgrad. Den første og mindre alvorlige typen atferdsforstyrrelse er kalt opposisjonell atferd, og forekommer som oftest hos yngre barn (3-6 år). Kjennetegn ved opposisjonell atferd er at barnet ofte mister besinnelsen, ofte krangler med de voksne, ofte nekter å etterkomme beskjeder, ofte beskylder andre for ting de har gjort selv, ofte gjør ting for å frustrere andre, ofte blir irritert over andres atferd og ofte banner. Atferden eller deler av atferden vil operere i et større omfang enn en normal "trassalder" (Mørch, 2006).

I følge Mørch (2006) er det belegg for å si at barn med alvorlige atferdsforstyrrelser har hatt opposisjonell atferd tidligere, men det vil ikke si at barn med opposisjonell atferd utvikler alvorlige atferdsforstyrrelser. Denne type atferdsforstyrrelse vil karakteriseres som alvorligere, og opererer hos eldre barn i alderen 8- 12 år (Mørch, 2006). Cirka 1-2% kategoriseres innefor kategorien alvorlig atferdsforstyrrelse (Ogden 2002). I følge Mørch (2006:273) kjennetegnes atferden ved slåssing, tyrannisering, stjeling, gjentatt lyving, uvanlig hyppige raserianfall samt uvanlig hyppig ulydighet. På bakgrunn av kjennetegnene for opposisjonell og alvorlig atferdsforstyrrelse er kriteriene forsøkt nøkternt beskrevet for å unngå unødig moralisering da dette lett kan berøre moralske spørsmål (Snoek & Engedal, 2000). Det sies at atferdsforstyrrelser er tre til fire ganger så hyppig hos gutter som hos jenter (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Mørch (2006:274) hevder at flere gutter enn jenter har en alvorlig atferdsforstyrrelse, mens det ikke er like klare kjønnsforskjeller når det gjelder opposisjonell atferd. En atferdsforstyrrelse eller antisosial atferd fremtrer ulikt blant kjønn. Antisosial atferd viser seg hyppigere hos gutter ved utagerende atferd, mens jentene ikke utviser utagerende atferd i så stor grad (Mørch, 2006).

2.3 Hyperkinetiske forstyrrelser

Hyperkinetiske forstyrrelser mest kjent under begrepet ADHD kjennetegnes ved oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet (Aase & Johansen, 2006). Denne type utviklingsforstyrrelse innebærer atferdsavvik over tid som har virket hemmende på barnets fungering faglig og sosialt (Aase & Johansen, 2006). I følge Snoek & Engedal (2000:153) kjennetegner hyperkinetiske forstyrrelser nærmere bestemt overaktivitet, manglende evne til å justere atferden på en adekvat måte i ulike situasjoner, manglende konsentrasjonsevne og liten evne til å holde fast på en aktivitet til den er avsluttet. Symptomene er mest karakteristiske hos barn, men vedvarer som oftest inn i ungdoms- voksenalder. Når det kommer til kjønn og omfang har det vært en kraftig økning i barn og unge som er henvist til barne- og ungdomspsykiatrien for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, hvor i blant gutter er overrepresentert (Andersson, Ose & Sitter, 2005). Omtrent 2-3 ganger så mange gutter som jenter får diagnosen ADHD (Aase & Johansen, 2006). En mulig forklaring på at gutter er overrepresenterte, er at jenter i mindre grad utviser utagerende atferd enn gutter, og utagerende atferd er det som ofte er henvisningsårsaken. Jenter kan vise hyperaktive og impulsive tendenser, men man ser prosentvis flere jenter enn gutter med overveiende konsentrasjonsproblemer, og dette kan være årsaken til for eksempel en underdiagnostisering av jenter (Novartis, 2007). Hyperaktivitet og impulsivitet synes å avta med årene, mens man ser konsentrasjonsvanskene vedvarer (Novartis, 2007)

3. ANTONOVSKYS HELSEBEGREP

3.1 Antonovskys salutogenetiske syn på helse versus det patogenetiske syn på helse

Begrepet salutogenese består av det latinske ordet "salus" som betyr helse eller sunnhet, og det greske begrepet "genesis" som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Salutogenetisk synspunkt fokuserer på helsens opprinnelse. Antonovsky retter sitt fokus på hva det er som holder oss friske, og faktorer som påvirker prosessen mot de positive helsepolene, fremfor hva det er som gjør oss syke og bevegelige mot de negative helsepolene på kontinuum. Det salutogenetiske synet betrakter helsen som en dynamisk størrelse, en prosess hvor man konstant beveger seg frem og tilbake mellom polene. En god helse vil si en opplevelse av sunnhet, uten at sunnhet betraktes som en tilstand. Sunnhet betraktes som et dynamisk spenningsfelt med vekselvirkninger mellom fysiske, psykiske og sosiale omstendigheter samt utviklingsbetingelser i det menneskelige livsforløp (Lorenz, 2007:30). På den ene siden har Antonovsky vært kritisert for og ikke definere begrepet "sunnhet" ytterligere, men på en annen side utdyper han det ved å legge mest vekt på å fremme psykisk sunnhet fremfor fysisk sunnhet. Fysisk og psykisk sunnhet henger sammen, og blir på ingen måte skilt i følge Antonovsky. Motsetningen til det salutogenetiske synet er det patogenetiske synet som har fokus på årsaken til sykdommen, altså hvorfor folk blir syke for å kunne behandle eller hindre sykdomstilstanden. Patogenetisk tankegang definerer å være syk som en tilstand som avviker fra normaliteten. Antonovsky (2000) kritiserer den patogenetiske tankegang for å redusere sunnhetsbegrepet, og forstå sykdom med fravær av sunnhet. Hvilke faktorer kan virke sykdoms- eller sunnhetsfremkallende?

Stressorer kan i spesifikke tilfeller virke sykdomsfremkallende. I den patogenetiske tilnærmingen betraktes stressorer som et onde grunnet dens konsekvenser for menneskets helsetilstand. Antonovsky ønsker derimot ikke å ha fokus på hva det er som gjør oss syke, og rehabiliterer derfor stressbegrepet til noe positivt ved å sette fokus på endringsmuligheter. Sykdom, stress og kaos er en naturlig del av menneskers liv, og det ligger mulighet for

endring av menneskets dynamiske helse på vei mot det som kan betraktes som polene på et sykdom- sunnhetkontinuum.

Antonovskys positive, men realistiske syn på helse bygger på oppfattelsen av at mennesket lever i heterostasen, det vil si i ubalanse og i det permanente møtet med de allestedsnærværende stressorer. Et liv levd med utgangspunkt i homøostasemodellen eller ut fra det patogenetiske synet ville håndtert stress annerledes enn personer med heterostasen eller salutogenetiske synet (Antonovsky, 2000). Personer med heterostasen i sitt liv vil ikke kunne betrakte fysisk eller psykisk sykdom som et tap, i motsetning til de som innehar et homøostasesyn (Lorenz, 2007). I heterostasen vil sykdom være en mulighet for håndtering av det som er en del av livets ufordringer. Salutogenetiske synet på helse kan sies å konkludere med at det er menneskets og ikke pasientens historie som må utforskes nøye for å kunne forstå når og hvor begivenheten inntraff samt under hvilke forutsetninger og med hvilken forståelse det sunne aspektet fremmes. For å forhindre at en spenningstilstand går over til stress eller sykdom bør man i følge Antonovsky (2000) oppleve en sterk sammenheng mellom mobiliserte motstandsressurser og ytre krav på tvers av situasjoner. Hva menes med å inneha en ”opplevelse av sammenheng”, og på hvilken måte sier OAS noe enkeltindivids helsetilstand?

3.2 Begrepet ”Opplevelse av sammenheng”(OAS)

Kjernen i det salutogenetiske synet på helse er enkeltindivids opplevelse av sammenheng mellom indre motstandsressurser og omgivelsens krav. I følge Antonovsky innehar alle ”generaliserte motstandsressurser”, som virker mer eller mindre sunnhetsfremmende. Motstandsressursene utgjør et individuelt potensial som fysisk konstitusjon, jeg- styrke og sosial- og kulturell integrasjon (Antonovsky, 2000). Potensialet er basert på enkeltindivids livsopplevelser, og den erfarte sosiale støtten i omgivelsene. Enkeltindivids opplevelse og tiltro til egne motstandsressurser som handlingsberedskap påvirker OAS, og følelsen av mestring i forhold til ytre krav. Motstandsressursene varierer i styrke som gjør seg gjeldende både på tankeplanet, følelsesplanet og atferdsplanet, og predikerer om personen har en sterk eller svak ”opplevelse av sammenheng”(Antonovsky, 2000). Opplevelsen av sammenheng er en beskrivelse av hvordan enkeltindividet føler at sine motstandsressurser (evner og ferdigheter) er tilstrekkelige i møte med omgivelsens krav. Antonovsky definerer OAS slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker den utstrekning i hvilken man har gjennomgående, vedvarende, men også dynamisk følelse av tillitt til at: (1) de stimuli som kommer fra ens indre eller ytre miljø er strukturerende, forutsigbare og forståelige: (2) og at det står tilstrekkelig ressurser til ens rådighet for å klare krav stimuliene stiller: og (3) disse krav er utfordringer som er verdt å engasjere seg i (oversatt Antonovsky, 2000:37).

Selve begrepet OAS beskriver en helhetsopplevelse som er kausalt forbundet med helsetilstanden. En opplevelse av sammenheng gir en mening til helheten. OAS er da avgjørende for opprettholdelsen av sunnhet. Men spørsmålet er hvorfor noen takler indre og ytre stressorer på en bedre måte enn andre. Antonovsky mener disse spørsmålene kan besvares av enkeltindividets opplevelse av sammenheng, eller med andre ord enkeltes opplevelse av tilværelsen som begripelig, håndterbar og meningsfull. Disse tre begrepene utgjør kjernekomponentene i den salutogenetiske modell, og er avgjørende for utfallet av en spenningstilstand.

Utfallet av ulike spenningstilstander baserer seg for det første på hvilken måte man *begriper* de stimuli man konfronteres med i det ytre miljøet, og i den grad man gjør stimuli forståelig for seg selv. I den grad stimuli er forståelig oppfattes informasjonen som tydelig og sammenhengende, i motsetning til kaotisk og usammenhengende. For å kunne *håndtere* indre eller ytre stressorer må man inneha ressurser i den grad man oppfatter at det står ressurser til ens rådighet for å klare kravet en stilles ovenfor. Ressursene kan være de man selv har kontroll over, eller ressurser andre har kontroll over som man har tillitt til (Lorenz, 2007). I den utrekning man opplever å forstå og håndtere problemet på sin måte vil det sees som *meningsfullt* å engasjere seg i aktiviteten. Antonovsky mener at så lenge man involveres som deltaker i de prosesser som former ens skjebne så vel som ens daglige erfaringer sees det som meningsfullt. Å føle at man mestrer å håndtere en spenningstilstand er motiverende. Å mestre en spenningstilstand kan ha overføringsverdi i forhold til å mestre lignende aktiviteter, hvor stressorer vil i høyere grad sees på som utfordringer enn trusler mot selvet. Hvor godt eller dårlig en person mestrer ytre stressorer baserer seg på om personen har en sterk eller en svak opplevelse av sammenheng.

3.3 Sterk OAS versus Svak OAS

Floden er livet strøm. Hvilke faktorer forurensner deler av floden vi alle svømmer i, men renser andre deler som muliggjør et lett seilas for noen, men tvinger andre inn i farlige bølger og virvelstørm? Hva er det som setter noen i stand til å svømme godt med glede, mens det for andre er en stadig kamp for å holde hodet over vannet? (oversatt Antonovsky, 2000:106).

I følge Antonovsky er det slik at jo høyere man befinner seg på sunnhets-sykdomskontinuet, jo større sannsynlighet er det for at ens livsopplevelser fremmer sterk OAS og; jo lavere en befinner seg på sunnhets- sykdomskontinuet, jo større sannsynlighet er det for at livsopplevelsene fremmer en svak OAS (Antonovsky, 2000). I første omgang formes livsopplevelsene til barnet av foreldrene, det vil si at en sterk OAS hos foreldrene vil øke sannsynligheten for at barnets livsopplevelser fører i samme retning (Antonovsky, 2000). I motsatt tilfelle ved en svak OAS antar jeg at Antonovsky mener at en svak OAS hos foreldrene påvirker barnets OAS i samme retning, men at han sier det indirekte fordi han ikke ønsker å ha et pessimistisk syn på helse slik det patogentiske tilnærmingen ofte har i følge han selv. Oppsummert kan man anta at barn- og unge med en alvorlig atferdsforstyrrelse ofte har det som kan karakteriseres som en svak OAS, og det vil med høyere sannsynlighet si indirekte i følge Antonovsky at også foreldrene har en svak OAS. Men hva kjennetegner mennesker med en sterk OAS fremfor en svak OAS?

Mennesker med en sterk OAS er mer motstandsdyktige og takler omgivelsens krav på en mer helsefremmende måte. Et trekk som går igjen hos motstandsdyktig barn- og unge er det gode selvbildet (Antonovsky, 2000). Enkeltes selvilde er noe mer enn summen av opplevd kompetanse, fordi det næres like mye av samspillet med andre. Motstandsdyktige ungdom med et godt selvilde har ofte en mestrende atferd. Motstandsstyrken samt den sosiale, ytre støtten gjør at personer med sterk OAS skårer høyt på kjernekomponentene, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Møtet med omgivelsens krav vil ofte kunne opptre som begripelige, det vil si som forventet og i større grad forutsigelige. Stimulus som opptre overraskende vil også som regel kunne passe inn i deres sammenheng ved at de kan forstås og forklares ut fra livsopplevelsene (Lorenz, 2007). Personer i besittelse av en sterk OAS vil lettere kunne håndtere den fysiologiske spenningen ved å oppløse spenningen før stressorene medfører stress og eventuelt sykdom. Oppsummert vil en person med en sterk OAS lettere kunne begripe, håndtere og se sine omgivelser eller visse områder som meningsfulle og betydningsfulle. For enhver er det viktig å ha områder i livet som er mer betydningsfulle

følelsesmessig enn andre. Områdene vil oppfattes som utfordrende å engasjere seg i, og verdt å bruke energi på.

I følge Antonovsky (2000) er en sterk eller svak OAS utviklet og forandringsstabil i 30-årsalderen. Det er mulig å ha en middels sterk OAS, men den vil ha en tendens til å bli ytterligere svekket i det personen i mindre grad vil lykkes å aktivere sine motstandsressurser i forhold til ytre krav (Antonovsky, 2000). Indre beskyttelses- og risikofaktorer ved individet i interaksjon med ytre beskyttelses- og risikofaktorer i et utviklingsforløp danner grunnlaget for hvordan man opplever sammenheng knyttet til sine egne motstandsressurser i møtet med omgivelsens krav, etterfulgt av positiv eller negativ sosiale støtte.

3.4 Perspektiv på utvikling av OAS med en atferdsforstyrrelse

Barn- og unge med atferdsforstyrrelser har ofte det Antonovsky kaller ”generelle motstandsunderskudd”, som kan sies å være det samme som å inneha en svak OAS. Generelle motstandsunderskudd er det motsatte av det å inneha generelle motstandsressurser som ved en sterk OAS. Motstandsunderskudd øker sannsynligheten for at enkeltindividet ikke vil føle at egne ressurser strekker til i møtet med omgivelsens krav. Underskudd av motstandsressurser eller handlingsberedskap kan skyldes risikofaktorer i arv og /eller miljø enkeltindividet har vært utsatt for. Inkonsistente livsopplevelser kan føre til mangelfull utvikling, og en livssituasjon som oppleves som lite begripelig, håndterbar og meningsfull. Inkonsistente livsopplevelser kan forverre evnen til å skape balanse mellom under- og/eller overbelastning. Overbelastning er når kravene og forventningene overgår enkeltindividets evner og ferdigheter. For eksempel så kan autoritære foreldre ha en tendens til å sette for strenge grenser og urealistiske krav ovenfor barnet, slik at det fører til overbelastning fordi barnet ikke mestrer forventede krav. Motsatt tilfelle er underbelastning karakterisert ved lave forventninger eller krav i forhold til enkeltindividets evner og ferdigheter, eller ved at nærmest ingenting forventes. I det første tilfellet vil for store krav lære oss å gi opp i utgangspunktet, mens for lave krav fratar oss erfaringen i å tilegne oss ressurser (Lorenz, 2007). Opplevelsen av belastningsbalanse (grad av konsistens) eller med andre ord at oppgavene harmoniserer eller er i konflikt med enkeltindividets evner og ferdigheter danner grunnlag for en sterk eller svak OAS. Det er kjent at barn- og unge med atferdsforstyrrelser har en problemforståelse

som preges av kaotisk, tilfeldig og visse tilfeller uforklarlige momenter som ofte fører til at barn og unge går i motposisjon eller unngår å møte ytre krav de "vet" de ikke mestrer. I tilfeller der et individ blir satt ut for et ytre krav de "vet" de ikke mestrer vil de høyst sannsynlig tolke kravene mer som trusler enn som utfordringer. Slike trusler kan barn- og unge med en alvorlig atferdsforstyrrelse ofte tilskuer eller deltaker til, og de sressorene oppleves som trusler nettopp på grunn av deres generelle motstandsunderskudd. Gjentatte tilfeller der møtene mellom barn- og unge og ytre krav har vært mislykket vil sannsynligheten for at deres tiltro til egne evner og ferdigheter (motstandsressurser) ytterligere kan svekkes. Når møtene kan karakteriseres som mislykket har dette ofte en sammenheng med omgivelsens reduserte sosiale støtte og ofte negative feedback. Men hva mener så Antonovsky med mangelfull utvikling og mulige risikofaktorer som kan ha ført til generelle motstandsunderskudd og utvikling av atferdsforstyrrelser som et neste punkt.

3.4.1 Mulige stressorer og påvirkning i utviklingsforløpet

"Virkeligheten må i denne sammenheng ikke kun forstås som en gitt objekt- verden, men som en mengde erfaringer som konstitutivt er organisert gjennom gjensidigheten mellom barn og omsorgsgiver"(Giddens, 1991:53). Livsopplevelser eller livserfaringer samt medfødt sårbarhet er med på å danne en svak, middels eller sterk OAS som Antonovsky (2000) periodisk deler inn i som følger: spedbarnsalderen, barndommen, ungdomsalderen (utvikling av en kortsiktig OAS) og voksenalderen (utvikling av en fullstendig OAS, men forandringsstabil). Antonovsky hevder at barndommen og ungdommen er av særlig betydning for utvikling av OAS, da man er mer sårbar og påvirkelig. I spedbarnsalderen understreker Antonovsky betydningen av Bowlby's "tilknytningsteori" som er en forståelse av hvordan barn utvikles i samspill med deres omverden, med vekt på utvikling av barnets begripelighetskomponent. Bowlby (1969) referert i Antonovsky (2000) uttrykker at barn har en medfødt tilbøyelighet til å skape nærhet med sine omsorgsgivere og omverden generelt. I følge Giddens (1991) og likhet med Antonovskys sitt syn på utvikling av tillitt, utvikles tillitt på et emosjonelt plan og til en viss grad i kognitivt henseende (begripelighet), og denne skapes i spedbarnets tidligste erfaringer. Tidlige erfaringer i følge Giddens (1991) bør bestå i vaner og rutiner som spiller en fundamental rolle for å skape relasjon mellom barn og omsorgsgiver, samt vil det gi en følelse av sikkerhet i individets senere aktiviteter. Bowlby (1969) sier noe av det samme ved at han sier å knytte seg til andre individer er en nødvendig

forutsetning for utforming av senere sosiale relasjoner, og for menneskets psykiske helse (Lorenz, 2007). Giddens (1991) legger vekt på vaner og rutiner som videre utdypes hos Antonovsky (2000) som konsistentaspektet, hvor utvikling her bør bestå av klarhet og sikkerhet i interaksjonen mellom omsorgsgiver og barn, for å fremme en holdning av tillitt hos barnet. Interaksjonen mellom barn og omsorgsgiver og andre, bør bestå av balanse mellom over- og underbelastning samt inkludering av barnet i interaksjon med omsorgsgivere.

Overgangen fra barndom til ungdomsalder er ofte stor for mange, fordi man i større grad bombarderes med inntrykk, utsettes for hurtige forandringer og uforutsette hendelser enn før. Spørsmålet blir om man har bygd opp et fundament av sunne livsopplevelser for å kunne motstå de allestednærværende stressorene? Ungdom som har utviklet en alvorlig atferdsforstyrrelse har ofte i opplevd mindre grad av konsistens i tilegnede livsopplevelser. Inkonsistente livsopplevelser er opplevelser som tilsvarer motsigende interaksjoner i oppveksten kan ha vært med på å hemme barnets OAS, ved at erfaringene som blir gjort under oppveksten til nå fremstår som kaotiske, utydelige og lite begripelige for ungdommen. Fremstår erfaringene som ubegripelige, vil de ikke på samme måte fremkalles som kognitive motstandsressurser i situasjoner der man skal håndtere spenningstilstanden stressorene medfører.

Antonovsky (2000) hevder at jo lavere man befinner seg på kontinuet, jo større sannsynligheten er det for at ens livsopplevelser ytterligere svekker OAS. Livsopplevelser som fremmer en svak OAS kan sees på som deler av de risikofaktorer eller stressorer ungdommen har vært utsatt for, og som kan ha ført til generelle motstandsunderskudd og utvikling av atferdsforstyrrelser hos barnet. Risikofaktorer kan være medfødt sårbarhet som vanskelig temperament som kan øke sannsynligheten for bevegelse mot den usunne helsepolen, i motsetning til barn som ikke er arvelig disponerte. Vanskelig atferd kan vise seg allerede i tidlig barndom, og kan sies allerede da å påvirke interaksjonen mellom foresatte og barn i negativ retning (Lorenz, 2007). Miljømessige risikofaktorer er av like stor betydning for helsen som eventuelle medfødte sårbarheter. Miljø og arv virker sammen. Barnets behov for omsorg og utvikling av motstandsressurser kan hemmes i følge Rutter om foreldrene har egne store vansker som psykiske/fysiske, økonomiske vansker, eller lever i et ulykkelig partnerskap preget for eksempel høylytt kranling og/eller vold (Felton & Mezzacappa, 2002). Antall risikofaktorer som virker sammen eller hver for seg over tid,

eller med Antonovsky sine ord vedvarende stressorer bestemmer enkeltindividets livssituasjon. Antonovsky skiller mellom tre ulike stressornivåer akutte, daglige irritasjonsmomenter, vesentlige livsbegivenheter og kroniske stressfaktorer. Antonovsky er usikker på om enkelte stressende livsbegivenheter hadde like negative konsekvenser for OAS på samme måte som en stressende livssituasjon hadde for OAS. De kroniske stressorer samt generelle motstandsunderskudd tolkes som en livssituasjon. Atferden forverres ofte grunnet kroniske, vedvarende stressorer og eventuell medfødt sårbarhet gjennom at man ikke har kapasitet eller de livserfaringene som skal til for å aktivere egne motstandsressursene (i form av å begripe og håndtere stressorer) i en spenningssituasjonen. Spenningen vil ikke kunne oppløses, men medføre stress som kan være med på å opprettholde og forverre atferden over tid. Stressende livssituasjon og redusert handlingsberedskap kan på sikt forverre atferden ved at barn og unge søker alternative, ofte negative løsninger på problemer eller unngår å løse problemet. Sosialt aksepterte løsninger på problemer for ungdom med en alvorlig atferdsforstyrrelse eksisterer ofte utenfor deres handlingsberedskap, og vil av den grunn ikke sees på som meningsfulle å engasjere seg i. Atferdsforstyrrede ungdom vil ofte komme utfor situasjoner der deres valg og håndtering av stressorer (slik de ser dem) ofte ikke blir sosialt aksepterte av omgivelsene. Redusert sosial støtte og negativ feedback vil som sagt føre til gjentatte nederlag. Gjentatte nederlag i møte med stressorer vil over tid krenke selvfølelsen ved at man ikke forventer å mestre de neste stressorene som kommer. En lav selvfølelse kan forverre hvis ikke forlenge "identitetskrisen" med et allerede utviklet atferdsproblem, og mulig hindre en sunn utviklingsprosess mot den positive helsepolen.

3.4.2 Identitet og diagnose

På hvilken måte kan man si "å finne sin plass her i verden" var enklere før enn nå i det vestlige samfunnet? Durkheim karakteriserer og sammenligner to former for samhold i to ulike samfunn: det mekaniske solidariske samfunn og det organiske solidariske samfunn. Det mekaniske eller tradisjonelle samfunnet kjennetegnes ved: kollektivism (fellesskap), sterkere "kollektiv bevissthet" og likhet. Motsatt tilfelle er det organiske samfunnet sammenlignet med vårt vestlige samfunn som i dag kjennetegnes ved: individualisme, "svakere kollektiv bevissthet", ulikhet og spesialisering (Østerberg, 1983). Kollektiv bevissthet defineres som totaliteten av overbevisninger og følelser som deles av de alminnelige borgere i det samme samfunn (Antonovsky, 2000:187). I det mekaniske

samfunnet er samholdet basert på kollektivistiske verdier og tradisjoner, mens det organiske samholdet baseres på individualistiske verdier og lite tradisjoner. I følge Durkheim har ikke lenger den ”kollektive bevissthet” makt over individet i det organiske samfunnet (Østerberg, 1983). I likhet med Durkheim uttaler Antonovsky følgende:

I ettertid beveger den sosiale enhet seg vekk fra å være en samling av sosiale molekyler som er identiske med hverandre, over mot en tilstand hvor hvert enkelt medlem har en individuell bevissthet, og den individuelle bevisstheten tar del i en rekke kollektive bevisstheter. Det gir dermed mindre mening å snakke om den sosiale enhet som sådan skulle hatt en kollektiv bevissthet (oversatt Antonovsky, 2000:187).

Giddens mener at det er moderniteten som har brytet ned det mekaniske samfunns tradisjonelle beskyttende rammer. Når tradisjonen ikke lenger beskytter individet står man ”alene” om å finne seg selv, sin identitet og plass i de mange roller man forventes å utøve ut fra satte standarder som medlem og deltaker av et samfunn. Identiteten er innlemmet i selvet, og selvet er en dimensjon ved identiteten, hvor identiteten blir en mening for selvet (Lorenz, 2007). I identitetsteorien er det to former for identitet: personlig og sosial identitet som skaper og bekrefter hverandre. Personlig identitet er ”hvem jeg er” som er summen av karaktertrekk, temperament, smak og stil som skapes gjennom sosial bekreftelse på den vi virkelig er (Bruke, 2004). I motsetning til personlig identitet er sosial identitet avhengig av rolle og gruppetilhørighet. Sosiale identiteten er basert på at man har en delt selvforståelse med de andre medlemmene av gruppa. Delt selvforståelse er at man er lik de andre, mottar anerkjennelse og akseptering fra de andre i gruppa som fører til en følelse av egenverdi (Bruke, 2004). ”The looking glass self” modellen beskriver hvordan vi ser oss selv gjennom andres meninger og bedømmelse, og ut ifra dette danner en selvfølelse for eksempel i form av stolthet eller krenkelse.

Prosessen med å skape en personlig og sosial identitet tar tid, fordi veien til det rette liv er brolagt med farer som skal unngås, utfordringer som skal klares, ferdigheter som skal læres (Antonovsky, 2000:120). Disse farene, utfordringene og ferdighetene som skal erfares og læres kan skape det Eriksson kalte en identitetskrise i tidlig ungdomsalder. Identitetskrisen skaper en ofte ubevisst forvirringstilstand, der personen har vansker med å identifisere seg, og føle tilhørighet til sine medmennesker. En slik forvirringstilstand skaper ikke bare en forvirret tilstand til ytre omgivelser, men skaper også en forvirret tilstand av seg selv i forhold til sine medmennesker (Gage & Berliner, 1998). Vansker rundt det å føle en

tilhørighet vil i praksis si vansker rundt å finne seg til rette i samfunnet eller den sammenhengen personen lever i (Gage & Berliner, 1998). Kan en diagnose som alvorlig atferdsforstyrrelse vanskeliggjøre identitetsdannelsen ytterligere?

En diagnose som Hyperkinetiske og/eller alvorlige atferdsforstyrrelse kan mulig vanskeliggjøre en identitetsdannelse ved at identitetskrisen blir forlenget eller forverret i samspill med de ulike kontekstene som hjem, skole og jevnaldrende. Hvor mye identitetskrisen forverres kommer an på hvorvidt barn og unge med atferdsforstyrrelsene identifiserer seg og aksepterer diagnosen som en del av seg selv, eller om han/hun avviser diagnosen som en del av seg selv som person. Diagnosen vil skape indre harmoni å være lettere å leve med dersom den aksepteres, enn om den avvises og kan skape en indre konflikt. Avvises diagnosen kan den lettere kunne brukes som en unnskyldning for hvem man er, og måten man løser problemer på i samspill med andre. En siste mulig holdning kan være at personen er likegyldig til sin diagnose, det vil si at personen verken aksepterer eller avviser diagnosen som en del av seg selv. Nære personer og ungdommens omgivelser generelt vil også ha en innvirkning på hvordan ungdommen vil oppleve seg selv i forhold til diagnosen. På hvilken måte ungdommen ser på diagnosen som en del av seg selv i en positiv eller negativ forstand, eller er likegyldig kommer an på hvorvidt han/hun begriper og mestrer å håndtere diagnosen som en del av seg selv eller ikke.

Barn og unge med en velutviklet atferdsforstyrrelse har som regel store samspillvansker, noe som fører til at de heller vil støte fra seg sine jevnaldrende enn å tiltrekke seg dem. Venner får mer betydning i ungdomsalderen, hvor man blir mindre avhengige av sine foreldre. Faren ved at ungdom ikke føler tilhørighet blant alminnelige jevnaldrende kan øke risikoen for at de søker jevnaldrende innefor mer uheldige miljøer, for eksempel innenfor kriminelle miljøer. Innenfor dette miljøet vil den atferdsvanskelige ungdommen ha høyere sannsynlighet for å bli møtt og akseptert for den han/hun er som person, men samtidig øker risikoen for en forsterket lærings- og utviklingshemmende atferd i andre kontekster. I følge Festinger (1954) referert i Chryssochoou (2004:131) "*will people avoid comparing themselves to those who are very different from them*". Er det slik at "like barn leker best"? Like barn vil enklere kunne anerkjenne hverandres identitet ved å kjenne seg igjen i hverandres livssituasjon, livsopplevelser, eventuelt diagnose og/eller symptomer, og derav måter å være å handle på. Hvordan finner man ut hvem man er "lik"? En person må sammenligne seg med andre for å finne ut hvem man er "lik" og tilhører under Meads begrep

”vi”, og ikke er ”lik” og tilhører under Meads begrep ”de andre”. Festingers utsagn om at mennesker vil unngå å sammenligne seg med andre som er veldig forskjellig fra dem selv vil være kritikkverdig i forhold til Meads utsagn. Mead sier at man må sammenligne seg med ”den/de andre” for å kunne vite om ”jeg/vi” er forskjellig fra eller like ”den/de andre”. Utvikles det varige vennskap mellom atferdsvanskelige ungdom vil mulig gruppen karakterisere seg under begrepet ”vi” basert på en sterk tilhørighetsfølelse til fellesskapet. Det er også tilfelle at ungdom med en atferdsforstyrrelse ikke finner sine likesinnede, og forblir ensom med sin problematikk. Ungdom med en form for atferdsforstyrrelse vil med høyere sannsynlighet identifisere seg med andre ungdom med et svakt selv, en svak identitet som totalt utgjør en svak OAS som dem selv. Selvverdfølelsen vil ikke på samme måte bli krenket innenfor vennemiljøet, fordi der vil man bli akseptert så lenge man følger de formelle og uformelle reglene relasjonene bygger på. Kohut (1982) referert i Antonovsky (2000) hevder at likesinnede som for eksempel atferdsvanskelig ungdom kan søke sammen og utvikle et vennemiljø og en ”sterk” identitet, en såkalt rigid OAS.

3.4.3 På hvilken måte kan en gruppes OAS påvirke enkeltindividets OAS

Antonovsky er først opptatt av hva som kan kalles en gruppe og ikke, på grunnlag av enkeltes oppfattelse av hvordan gruppen som helhet opplever verden. For det første bør gruppen ha vært en relativ stabil sosial kontekst over tid, før man kan snakke om OAS i forbindelse med en gruppe. For det andre bør hvert enkelt medlem oppfatte kollektivet som ett som ser verden som begripelig, håndterbar og meningsfull. For det tredje bør det være høy grad av konsensus om oppfattelsen at denne gruppen er med en sterk OAS (Antonovsky, 2000). Når de tre overnevnte punktene er et faktum er det mulig i følge Antonovsky at gruppens OAS kan påvirke utviklingen til enkeltindividets OAS, og da særlig hos barn- og unge. Vennskap mellom atferdsvanskelige barn og unge kan skape radikale forandringer i barn og unges livssituasjon ved at de blir flere og sammen sterke, noe som kan medføre endring i ens OAS. Med begrepet ”sammen sterke” menes det at hvert enkeltindivid ikke har de motstandsressursene som skal til for å oppløse en spenningssituasjon alene, men som gruppe har de det. Ungdommen vil innenfor vennemiljøet ha større mulighet for å delta i beslutningsprosesser, få bekreftelse på sin negative være- og handlemåte som noe positivt. Risikoen ved gruppens bekreftelse på ungdommens negative være- og handlemåte som

positiv er at det vil bli meningsfullt for ungdommen å ha deltatt og fortsett å delta igjen innenfor ulike aktivitetsområdene. Ungdommens deltakelse og gruppens feedback vil øke ungdommens handlingsberedskap ofte i negativ retning, ved at delaktigheten fungerer selvforsterkende på barn og unges atferdsvansker. Som medlem av en gruppe karakterisert under begrepet ”uheldig miljø” vil sannsynlig ungdom med en atferdsforstyrrelse kunne føle en sterk tilhørighet og en fellesskapsfølelse (”kollektiv bevissthet”) som preger OAS. Med utgangspunkt i en svak OAS vil man i følge Kohut (1982) innenfor slike subkulturer lett klamre seg til en bestemt identitet og utvikle en rigid OAS. Utvikler disse ungdommene en rigid OAS vil de kunne oppleve en høy grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet innenfor denne konteksten, vennemiljøet. Utvikling av en rigid negativ OAS hos ungdommen kan øke den psykologiske avstanden fra ungdommen selv til andre kontekster som hjem, skole og øvrige institusjoner grunnet økt negativ differensiering hos ungdommen (Tajfel, 1982). Ungdommens opplevelse av verden som begripelig og meningsfull innenfor et uheldig vennemiljø, oppleves ofte ikke som begripelig og meningsfull på samme måte for hjemmet, skolen eller øvrige systemer, men derimot øker den psykologiske avstanden. På hvilken måte kan hjem, skole, BUP og PPT samarbeide om ungdommens atferdsvansker for å øke ungdommens identifisering til disse kontekstene, og svekke deres identifisering til et eventuelt uheldig vennemiljø?

4. SAMORDNING OG SAMARBEID MED VEKT PÅ OAS

Til nå har jeg i kapittel 2 redegjort for forskjellen mellom en periodisk problematferd og et vedvarende atferdsproblem eller atferdsforstyrrelse. I kapittel 3 redegjorde jeg for Antonovsky's salutogenese med fokus på hva det er som holder oss friske, i motsetning til patogenese som fokuserer på årsakene til hvorfor mennesker blir syke. I et utrednings- og behandlingsarbeid i BUP er patogenese og salutogenese på ingen måte skilt. Selve utredningsarbeidet frem mot en eventuell diagnose (atferdsforstyrrelse) vil i større grad være preget av patogenese, altså en lineær årsaks- virkningstankegang. Mulige årsaker og virkninger er drøftet på bakgrunn av barnets mulige arvelige disponerte sårbarhet samt miljømessige faktorer som virker sammen og gir diagnosen atferdsforstyrrelse. I motsetning til utredningsarbeidet og patogenese ønsker Antonovsky å rette fokus mot behandlingsarbeidet med vekt på salutogenese. Salutogenese kan sies å bygge på en sirkulær tankegang gjennom begrepet "opplevelse av sammenheng" (OAS). Denne sirkulære tankegangen søker å avløse den lineære årsaks- virkningstankegangen. Et eksempel på en lineær årsaks - virkningsbeskrivelse kan være at foreldrenes alkoholmisbruk er årsak til barnets atferdsvansker. Til forskjell fra den lineære årsaks- virkningstankegangen kommer årsaken samtidig en virkning i den sirkulære tankegangen, noe man kjenner fra hverdagen når man snakker om "personer eller familier som har kommet inn i en ond sirkel" (Larsen et al., 2000). At årsaken kan samtidig være en virkning illustreres i eksempelet om at foreldrenes alkoholmisbruk er årsak til barnets atferdsvansker som en sekundær virkning, men barnets atferdsvansker kan også være årsak til foreldrenes alkoholmisbruk. Dette eksempelet viser til en av to sentrale tankerganger innenfor systemteori, og det er "*allting er forbundet med alt annet i verden*" (Larsen et al., 2000:23). Dette kapittelet vil drøftes med et overordnet systemisk eller sirkulært perspektiv på følgende: 1) tverrfaglig samordning og samarbeid i og mellom systemer, 2) behandlingsarbeidet med vekt på relasjons- og kontekstbegrepet, og 3) hvordan fagpersonene bør begripe og håndtere brukerens virkelighet som noe utenfor dem selv, og bringe denne virkeligheten ned til noe begripelig, håndterbart og meningsfullt for bruker i kontekstene "her og nå". Alle tre punktene vil drøftes på bakgrunn av systemteoriens siste sentrale punkt "*ethvert menneske har sitt helt eget syn på verden*" (Larsen et al., 2000:23).

4.1 Opptappingsplanen for psykisk helse

Et samfunn under stadig forandring endrer rammene for våre liv. Hurtige samfunnsforandringer har skapt stadig mer sammensatte psykiatriske lidelser. Sammensatte psykiatriske lidelser kan sies å ha økt parallelt med at man har sett behovene for å utvikle nye behandlingsmetoder basert på ny viten. For det første er det ikke like tabulagt som det var tidligere å ha en venn, et familiemedlem eller personlig være psykisk syk. For det andre har økt viten om nye sammenhenger når det gjelder psykiske lidelser ført til flere effektive behandlinger. For det tredje er et resultat av de to overnevnte punktene, en holdningsendring på individ og systemnivå som i senere tid førte til en helserevolusjon. Resultatet av denne helserevolusjonen førte til en økt etterspørsel mot et da tidligere redusert hjelpetilbud. Svaret på det tidligere reduserte hjelpetilbud ble Opptappingsplanen. Opptappingsplanen for psykisk helse er en økonomisk forpliktende plan som ble vedtatt i Stortinget i 1999 med varighet frem til 2008. Målsetningen for Opptappingsplanen 1999- 2008 var å styrke et forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot psykiske lidelser. Hjelpetilbudet skulle også desentraliseres til nettverk som besto av distriktpspsykiatriske sentre, ambulant team, omsorgsboliger og andre kommunale tjenester tilgjengelig i nærheten av der en bor (St.meld. Nr. 25, 1996-97). Behandlingsnettverk skulle gå på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Målsettingen på systemnivå var å fremstå som en helhetlig tjeneste for brukerne. Helhetlighet omfatter hele systemet, både tjenesteytere og ledelse, hvor ledelsen på alle nivåer forutsettes å legge forholdene til rette for samarbeid og for at hindringer for samarbeid fjernes. Begrepet helhetlig omfatter nærmere bestemt et sammenhengende tilbud hvor tjenesteyterne skal sørge for at tiltakene fremstår som en enhet (St. meld. Nr. 25, 1996-97:94-95). Behandlingsnettverk som går på tvers kan føre til et tettere tverrfaglig samarbeid ”om” og ”med” familien innad i systemet (BUP) og mellom systemene (PPT og skole). Svak informasjonsflyt og dårlig kommunikasjon på tvers av systemene som samarbeider kan lett føre til at brukerne opplever seg selv som ”kasteballer” i og mellom systemene.

Opptappingsplanens mål var å motvirke kasteballeffekten av brukerne, og styrke sammenhengen i systemet (BUP) og mellom systemer (PPT, skole og hjem) via samarbeid og samordning av systemene om enhetlige tiltak rundt brukerne. Samordning og samarbeid både horisontalt og vertikalt mellom yrkesgruppene vil da være nødvendig for å kunne gi brukerne en helhetlig og tilfredsstillende behandling. Opptappingsplanen mål- og

retningslinjer for samordning og samarbeid mellom yrkesgruppene betyr indirekte implementering av nye rutiner i systemet (BUP) og mellom systemene (PPT, skole og hjem). Neste avsnitt vil ta for seg systemteori som en antatt helhetlig tanke bak opptrappingsplanen for å belyse del – helhetsrelasjonen i og mellom samarbeidende systemer med vekt på kontekstbegrepet.

4.2 Systemteori med vekt på "samordning"

Opptrappingsplanen mål- og retningslinjer som Antonovskys salutogenese bygger begge på en helhetlig tankegang med røtter i systemteori. Samordning av hjelpetjenestene skal sikre at hjelpetilbudet fremstår helhetlig ovenfor brukeren. Samordning betyr da indirekte at delene som i dette tilfellet er BUP, PPT og skolen skal samordnes om brukerens beste, og utgjøre en helhet, med andre ord et sammenhengende hjelpetilbud for brukerne av tjenesten BUP. Opptrappingsplanens mål med samordning av tjenestene bygger som sagt på den systemteoretiske tankegangen, og nærmere bestemt på Aristoteles utsagn om at: *"helheten er større enn summen av delene"* (wikipedia). Denne helhetstankegangen kan illustreres ved et metaforisk eksempel som følger: stenene i seg selv kan sies og ikke gi mening, men igjennom å kombinere stenene på en rett måte eller rett plass har vi skapt et system (Quist, 2008). Overordnet kan man gjøre en sammenligning og si at samordning som delene eller systemene får ingen mening uten samarbeid i og mellom systemene. Det er samarbeidet mellom systemene som gir delene mening, og om de fremstår enhetlig eller ikke kommer an på hvor godt systemene er samordnet om et samarbeid som underoverskrift. Men først hva er et system?

For å svare på dette har jeg valgt å bruke Gregory Bateson som er en av stamfedrene til den systemiske tankegangen, og en sentral teoretiker innenfor området familieterapi som jeg ser som relevant for å kunne belyse behandlingsarbeidet i BUP. Bateson hevder i sin bok *"mentale systemers økologi"* at naturen oppfører seg som et stort sammenhengende system, hvor hver lille del er en del av en større helhet, der igjen er en del av en enda større helhet også videre (Larsen et al., 2000:24). Bateson tilegger at delene ikke er "inne" i helheten, men at delene bygger den opp sammenlignet med alfabetet (Kvernbekk, 2005). *"Bokstavene i alfabetet har en bestemt rekkefølge hvor de sammen bygger opp helheten de alle er en del av"* (Kvernbekk, 2005: 90). Bateson (2000) tenker med andre ord verden som systemer alt

fra individer og omverden, til fisker og havet. Ut i fra de overnevnte definisjonene inngår hvert system i en interaksjon med en kontekst. Kontekstbegrepet spiller en betydningsfull rolle innenfor systemisk tenkning, da alt er forbundet med alt i verden. Kontekst som en sammenheng eller en omgivelse et fenomen opptrer i. Når konteksten endres, endres fenomenets mening radikalt (Larsen et al., 2000:55). For å tolke Batesons utsagn om at alt har en sammenheng videre, velger jeg å tolke at han mener at alle enheter eller systemer er knyttet gjennom bevisste og/eller ubevisste relasjoner til et annet system i eller utenfor sin omverden. Når alle ting er forbundet med alt annet i verden, gir det ingen mening å betrakte verdens enkeltdeler hver for seg og isolert. For eksempel vil ikke samarbeidet mellom BUP/PPT i relasjon til bruker gi en sammenheng eller forståelse av brukeren om han/hun betraktes isolert. Å betraktes isolert i denne sammenheng vil si å bli betraktet isolert uten å trekke inn hans/hennes foresatte, venner og profesjonelle nettverk (Larsen et al., 2000). Ikke kun samordning, men også samarbeid som gir mening til delene som hele tiden konstruerer helheten mellom de ulike systemene. Samarbeid i og mellom systemene er høyst nødvendig for å kunne begripe brukernes livssituasjon "her og nå" som neste punkt.

4.3 Systemteori med vekt på samarbeid

I forrige avsnitt nevnte jeg at det er samarbeidet som gir mening til samordningen av systemene, og hvor godt et samarbeid mellom tjenestene kan sies å utgjøre systemets OAS som sterk, middels eller svak. Føringer om samordning binder systemene sammen til en "mekanisk" helhet, hvor samarbeidet mellom systemene i samordning binder relasjonene eller delene sammen, og gir en mening i kraft av konteksten som hele tiden vil konstruere helheten. Samarbeidet er "med" brukerne for å ha muligheten til å tilpasse hjelpetilbudet best mulig brukernes individuelle behov "her og nå". Tverrfaglig samarbeid og et hvilket som helst annen form for et samarbeid innebærer kommunikasjon. Kommunikasjon består ikke kun av informasjon, men på samme tidspunkt atferd. I følge Watzlawick (1967:49) siterer som følger: "*one cannot not behave*", som kan bety noe som at det er umulig og ikke utvise en form for atferd i relasjon til et annet menneske. Man vil alltid på en eller annen måte kommunisere enten verbalt eller non- verbalt. Kommunikasjon vil alltid på en positiv eller negativ måte påvirke atferden. I Bateson's syn på atferd skiller han substansen (mennesket) bestående kun av krefter og påvirkning til forskjell fra formen (kommunikasjonsverden)

bestående av forskjeller og ideer. Substansen og formen sammen kan sies å utgjøre den menneskelige atferden. Via kommunikasjon som informasjon og kommunikasjon som atferd vil A i relasjon til B påvirke B, og omvendt samtidig som de begge vil bli influert av konteksten interaksjonen befinner seg i (Watzlawick, 1967). Denne dynamikken referer Bateson (2005:112) til i sitt utsagn om at *"floden former breddene, og breddene leder floden"*. I følge Bateson samarbeider og påvirker floden og breddene hverandre gjensidig, hvor gjensidigheten bidrar til en forståelse av deres funksjon. Delenes (floden og breddenes) samarbeid bygger opp helheten (utfallet av interaksjonen mellom delene som hele tiden konstruerer helheten). Dette kan igjen sammenlignes med Antonovskys utsagn om utfallet som utgjør *livets strøm* som skiller de gode svømmerne fra de ikke fullt så gode svømmerne. De ikke fullt så gode svømmerne strever med å holde hodet over vannet, som i dette tilfellet vil være barnet med en alvorlig atferdsforstyrrelse samt også ofte deres foresatte. Bakgrunnen for Bateson og Antonovsky metaforer på et samarbeid og gjensidig påvirkning tolker jeg som den interaksjonen som faktisk skjer mellom individer i en relasjon til sine omgivelser, som utgjør atferdsmønstre i relasjonen mellom individer som deler av floden og breddenes samarbeid. Dette er en illustrasjon på den systemiske tankegangen, hvor man er opptatt av helheter og hvordan samspillet er mellom helhetens delelementer (Larsen et al., 2000). *"En påvirkning i en situasjon får konsekvenser i alle andre situasjoner"* (Larsen et al., 2000:43). Når vi snakker om samspill mellom mennesker, snakker vi samtidig om relasjonen mennesker imellom. Neste avsnitt vil ta for seg nettopp hvordan ulike typer av relasjoner kan påvirke systemet som helhet.

Symmetri og/eller asymmetri i relasjoner påvirker systemet i forhold til om systemet vedlikeholdes, endres eller går til grunne (Bateson, 2005). *"Den systemiske tankegangen er opptatt av våres forhold og relasjoner til andre mennesker, enn av det enkelte mennesket og dets psyke"* (Larsen et al., 2000:58). Med relasjoner tenker Bateson på kjærlighet og hat, frykt og tillitt, respekt, avhengighet, dominans med mer som jeg kommer tilbake til senere når vi skal se på den mulige livssituasjonen til brukere som søker hjelp (Larsen et al., 2000). Først hvilke mål har Opptappingsplanen sett i forhold til relasjonsbegrepet? Opptappingsplanens mål og retningslinjer for samordning av tjenestene betyr indirekte at sammenhengen eller relasjonen mellom systemene må ytterligere forsterkes via et bevisst tettere samarbeid om et mer sammenhengende tilbud for brukere i form av tiltak som fremstår som en enhet. Tiltak som fremstår enhetlig har økt sannsynlighet for å fremme

konsistens i systemet (hjem) gjennom utforming av effektive, forutsigbare tiltak for brukerne. Opplevelse av forutsigbarhet i hverdagen er med på å styrke brukernes OAS, særlig hos barn med alvorlige atferdsforstyrrelser, som jeg kommer tilbake til i kapittel 5. Før konsistens og forutsigbarhet i systemet (hjem) kan fremmes, eller med andre ord før stenene kan kombineres på rett måte eller rett plass, må fagpersonene i et tverrfaglig samarbeid kartlegge hva systemet (hjem) består i ”her og nå”.

Systemene som i samarbeid skal bidra med informasjon til en begripelse av systemet (hjem) og deres kontekst ”her og nå”, er som tidligere nevnt systemene: BUP, PPT, skolen og hjemmet selv. Systemene i interaksjon kan bestå av ulike relasjonstyper som kan påvirke utfallet av brukernes OAS i et system og mellom systemene. Bateson utviklet noe han kalte skismogenese, som refererer til selve dynamikken i relasjonen mellom to personer, grupper eller samfunn. Selve ordet skismogenese betyr brudd i opprinnelsen sammenlignet med et system som gått til grunne. Satt på spissen kan man se samfunnet som den vedtatte opptrappingsplanen som skal implementeres i og mellom gruppene (systemene) for å skape sammenheng for individene (fagpersoner) i et samarbeid, og for brukere av hjelpeapparatet. Bateson deler dynamikken i relasjonene opp i to overordnede relasjonstyper: en symmetrisk og en komplementær relasjon. Relasjonstypene antar jeg er relevant å se på i forhold til hvordan de kommer til uttrykk i hverdagslivet, og da først og fremst relasjonen mellom fagpersoner og brukere, og fagpersoner imellom representert fra samme og ulike systemer. For å ta et eksempel vil en terapeut interessere seg for hvordan samspill eventuelt kan endres, og da må han/hun se på relasjonen mellom bruker og ofte deres foresatte samt deres omgivelser for å kunne bryte den ”onde sirkelen”. I en symmetrisk relasjon inntar partene en lignende atferd, det vil si med et tilnærmet likt mønster. En symmetrisk relasjon vil være at folk reagerer på hva andre gjør ved å gjøre noe lignende (Bateson, 2005:124). A og B utviser lignende atferd som med ord kan oppsummeres slik: stimulus fremkaller større streben hos A som en styrke for større streben hos B, og omvendt (Bateson, 2005). Videre vil en svak streben hos A redusere B sine anstrengelser, og omvendt. I det overnevnte tilfellet vil stimulus fremkalle atferd hos den ene som ytterligere styrker/reduserer atferden hos den andre, og av den grunn vil relasjonen eskalere og systemet gå til grunne. Systemet går til grunne (skismogenese), fordi interaksjonen i relasjonen når et balansepunkt som eskalerer på grunn av atferden hos den andre ytterligere forsterkes eller reduseres. I en komplementær relasjon er partene hverandres motsetninger på den måten at de komplimenterer hverandre,

hvor den ene parten er dominerende, og den andre tilpasser eller underkaster seg den dominerende parten. Kjennetegnet ved et komplementært system er risikoen ved at systemet til slutt bryter sammen over tid, det vil si retning av skismogenese. Ut fra den symmetriske og komplementære relasjonstypene utleder Bateson to andre relasjonstyper som er den resiproke relasjonen og meta- komplementær relasjonen. Den resiproke relasjonen er en kombinasjon av den symmetriske og den komplementære relasjonen. Mønsteret i relasjonen gjenvinner symmetri over tid, og derfor ikke går i retning skismogenese eller brudd i opprinnelsen. Den meta- komplementære relasjonen betyr at man inntar en komplementær posisjon, men i sin relasjon til den andre er symmetrisk. For å ta et eksempel som å si jeg sier at jeg elsker deg, men sannheten er at jeg ikke elsker deg. Det kan kalles å innta en falsk eller metakomplementær posisjon, hvor en usynlig kontekst bygger over en synlig kontekst. Hvilke samarbeidsrelasjoner mellom systemene vil samordnes i dette tilfellet?

Samordning av systemene vil skape følgende utvalgte samarbeidsrelasjoner mellom systemene:

1. Foresatte – Skole / Skole- Foresatte
2. Foresatte- BUP / BUP- Foresatte
3. Foresatte- PPT / PPT- Foresatte
4. Skole- BUP/ BUP- Skole
5. Skole- PPT / PPT- Skole
6. BUP- PPT/ PPT- BUP

Ovenfor eksisterer det 12 dialektiske samarbeidsrelasjoner eller forbindelseslinjer, som jeg ønsker å fokusere videre på i forhold til hvilke type relasjonsmønstre som fremmer sunnhet i interaksjonen mellom disse. Målet med det tverrfaglige samarbeidet i systemet og mellom systemene er å drive helsefremmende kommunikasjon, det vil si kommunikasjon som gir mening i form av begripelse av brukerens livssituasjon. Et tverrfaglig samarbeid i og mellom systemene skal med mål gi ny mening til brukernes livssituasjon, hvor hovedmålet over lengre tid er å fremme ”sunn” konsistens eller forutsigbarhet i systemet hjem. Konsistens referer til det Antonovsky kaller en balansegang mellom under- og overbelastning i møte med plutselige eller vedvarende stressorer. Før det er aktuelt å snakke om konsistens som et langtidsmål, vil første steget være å bryte den onde sirkelen ved å tilføre systemet (hjem) noe

nytt igjennom variasjon. Å tilføre systemet noe nytt betyr å tilføre systemet nye helsefremmende alternativer både på tanke- og handlingsplanet.

For at dette skal kunne forekomme må samtlige overnevnte relasjoner samordnes i et tettere samarbeid om å fremme variasjon via informasjonsdeling (om barnet) som et nøkkelbegrep for å skape endring å styrke brukernes OAS i og mellom systemet de er en del av. Variasjon er med på å skape bevegelse med mål om bevegelse mot den sunne polen på kontinuum. Bateson hevder at hvis en relasjon i systemet forandres, vil det bety at alle andre relasjoner i systemet før eller siden forandres som en systemteoretisk sirkulær effekt. Det eneste som i følge Bateson kan skape variasjon å gjøre en forskjell er en ide. En ide som en informasjonsenhet og i et flertall (ideer) øker sannsynligheten for å skape forandring hos brukerne. Tanken bak et tverrfaglig samarbeid mellom systemer er utveksling av ideer, hvor flere ideer utgjør muligheten for å skape variasjon i første omgang på tankeplanet, og i andre omgang på handlingsplanet. Første prioritet må være å begripe selve helheten (brukernes faktiske problemer og behov for endring) på tankeplanet, og andre prioritet blir selve utformingen av tiltak (deler) satt ut i praksis. Tiltakene skal fungere som nye håndterlige deler og gi brukeren en opplevelse av mestring gjennom prøving og feiling. Prøving og feiling av tiltakenes effekt er nødvendig for å skape den formen for individuell konsistens i systemet og mellom systemene som brukeren er en del av. Den individuelle opplevelsen av konsistens eller forutsigbarhet i tiltakene i og mellom systemene avhenger av om relasjonen i og mellom systemene man er en del av som resiproke eller ikke. Den resiproke relasjonen tolkes som den ”sunne” relasjonen av de fire relasjonstypene Bateson utledet ovenfor, og tolkes videre som et nødvendig utgangspunkt for fagperson og bruker i et samarbeid, og fagpersoners samarbeid i mellom.

Å være en del av er ikke det samme som å være deltaker av et system. For eksempel kan en bruker vite at han/hun er en del av et system, men ikke føle seg som deltaker i systemet. Alle som inngår i det tverrfaglige samarbeidet bør være bevisst om at barnet selv har vært og fortsatt bør være med på å konstruere sin egen virkelighet. Brukerens virkelighet er ikke den samme som fagpersonens virkelighet eller andre brukeres virkelighet. Fagpersonene kan trekke paralleller ut fra tidligere erfaringer med andre brukere med tilnærmet samme atferdsmønster, men selv om atferdsmønstrene er tilnærmede like vil ikke det si at behovene trenger å være de samme. Mulige tilnærmede atferdsmønster er kun tilnærmede atferdsmønstre som ikke er like, og behovet for endring som en individuell variabel belyser

hvor viktig det er å ta hensyn til brukerperspektivet. Uten brukerens medvirkning til det tverrfaglige samarbeidet i systemet og mellom systemene kan et helhetlig fundament basert på informasjon og kommunikasjon med og om brukeren vanskelig nå sine effektmål om enhetlige tiltak etter endt tilbakeføring. Brukerperspektivet må ivaretas, og for å sikre at brukerinformasjonen som deles mellom systemene blir flytende på tvers av systemene opprettes det ofte en ansvarsgruppe rundt brukeren.

4.4 Ansvarsgruppe

Som vi har sett i det forrige avsnitt er det nødvendig at informasjon deles kontinuerlig og samles innenfor et forum. En ansvarsgruppe er ideelt forum og et effektivt tiltak, hvor samtlige relasjoner inngår i et tverrfaglig samarbeid om brukernes beste. Utgangspunktet for et godt tverrfaglig samarbeid kjennetegnes og forutsetter: forskjellige kompetanser, kjennskap til hverandres kompetanseområder, tilstrekkelig felles forståelse, klart definerte roller og gjensidig respekt (Gjærum et al., 1998). Hver enkelt som inngår i det tverrfaglige samarbeidet bør ha tilstrekkelig kjennskap til hverandres kompetanse, hvis ikke kan arbeidsdelingen lett bli skjevt fordelt. En god arbeidsfordeling står i samsvar med god ressursutnyttelse hvor rett mann/kvinne blir plassert på rett sted etter kompetanse og erfaring. Motsatt vil en svak arbeidsfordeling skape udefinerte roller som lett kan fremme det Bateson kaller for ”dobbelt- binding”, det vil si utvetydig kommunikasjon på tvers av systemene som vil hemme informasjonen i å flyte. ”Dobbelt-binding” teorien” er utformet på bakgrunn av en kommunikasjonsanalyse av familiesituasjoner til schizofrene barn- og unge (Bateson, 2005). Bateson illustrerer et kort eksempel som går ut på at moren ber sønnen om vise følelser, og når sønnen viser sine følelser og søker nærkontakt med moren trekker hun seg fysisk unna. Budskapet blir som å bli bedt om å si at du ”elsker meg”, og når du sier ”jeg elsker deg” skulle du egentlig ikke sagt det allikevel. I disse eksemplene ser vi det karakteristiske ved ”dobbelt-binding” – *”en situasjon hvor et menneske ikke kan vinne uansett hva han/hun gjør”* (Bateson, 2005:214). En relasjon preget av ”dobbelt- binding” kan sammenlignes med det Bateson kaller en metakomplementær relasjon mellom barn- og foresatte. Med denne illustrasjonen av ”dobbelt- bindings- teorien” ønsker jeg å si noe om hvordan budskap i seg selv ikke gir en mening, men i kraft av konteksten budskapet (delen) inngår i, får budskapet mening. Dette kan illustreres videre med et annet eksempel hvor Thomas Kuhn presenterer

Newtons og Einsteins begrep om "masse", og faktumet at "masse" har en annen mening hos Newton enn hos Einstein (Kvernbekk, 2005). Dette kan sammenlignes med fagpersoner som i et samarbeid operer ut fra ulike forståelsesgrunnlag hjemmehørende fra hver sin side av paradigme. På hver sin side av paradigme vil si at hver fagperson vil ha ulik forståelseshorisont, som i en videre teoretisk betydning betyr at enhver fagperson vil se brukernes problemer samt behov for endring fra ulik synsvinkel. Målet for en ansvarsgruppe er som sagt å oppnå en felles forståelse rundt brukernes livssituasjon, og for at dette skal kunne skje må relasjonene i og mellom systemene være resiproke. Et tverrfaglig samarbeid bestående av ulike forståelseshorisonter er et behov når man kommer til brukere med sammensatte psykiske vansker som krever sammensatte løsninger. Sannsynligheten for å begripe og håndtere brukerne med en sammensatt atferdsforstyrrelse og samt de foresattes livssituasjon er større når flere fagpersoner (forståelseshorisonter) interagerer med hverandre og brukerne for å skape variasjon av ideer på et mer abstrakt plan.

Før de samarbeidende partene kan skape variasjoner av ideer på et mer abstrakt plan må de begripe brukernes livssituasjon bestående av mønstre for atferd- og kommunikasjon. Brukernes gjentakende mønstre for atferd- og kommunikasjon i systemet og på tvers av systemer belyser den sirkulære effekten institusjonaliserte vaner har for livssituasjonen til brukerne "her og nå". I følge Berger & Luckmann (1994:152) i boken, den samfunnsskapt virkelighet vedlikeholder hverdagens virkelighet seg selv ved at den får en konkret form for rutinehandlinger, som er essensen av institusjonalisering. Institusjonalisering av vaner kan sammenlignes med det Bateson sier i tredje punkt om: hierarkier. Hierarkier innebærer i følge Bateson å bygge kontekst utenpå kontekst, men hele tiden slik at helheten (metakonteksten) konstitueres av delene (kontekstene) (Kvernbekk, 2005:90). Bateson begrep om hierarki kontekst utenpå kontekst som utgjør metakonteksten kan sammenlignes med at Berger & Luckmann hevder at all menneskelig aktivitet er underlagt vanedannelse. Vanedannelse vil si at enhver handling som gjentas ofte, blir tilpasset et mønster som deretter kan reproduseres uten særlige anstrengelser som oppfattes av den handlende som dette mønsteret (Berger & Luckmann, 1994:69). Vanedannelsen kan sies å innskrenke andre alternative handlingsmuligheter. Bateson (2005:130) hevder her at, *"alle former for atferd bygger på den generelle antakelsen om at mennesker reagerer mest energisk når konteksten er strukturert på en slik måte at den appellerer til deres vanemessige reaksjonsmønstre"*.

Han sammenligner dette med at, *”det ikke er fornuftig å oppmuntre et esel til å gå opp bakken ved å tilby rått kjøtt, som å tilby løven gress”* (Bateson, 2005:130).

Som vi har sett hittil er *”vanen relativt ”hardt programmert”*, som ingeniørene sier (Bateson, 2005:278). For brukerne er ofte vanene i form av atferds- og kommunikasjonsmønstre i høyere grad *”ubevisste”*, slik at premissene for å avdekke eller undersøke vanen må være mer abstrakte enn som så i følge Bateson. Dette kan sammenlignes ved selve målet med en ansvarsgruppe eller i det hele tatt informasjonsdeling og et tverrfaglig samarbeid mellom systemene er å kunne begripe brukernes *”ubevisste”* metakontekst. Brukernes metakontekst innebærer som sagt de institusjonaliserte ofte *”usunne”* mønstrene for atferd- og kommunikasjon. Ved begripelse av brukernes metakontekst vil fagpersonene kunne se sammenhengen i systemets (foresatte og atferdsvanskelig barn) gjentakende atferdsmønstre med overføring til andre systemer som skole. De nedfelte rutinene for kommunikasjon og samspill mellom foresatte og det atferdsvanskelige barnet, og det atferdsvanskelige barnet i samspill med andre systemer som skole kan sies i dette tilfellet (hvor foresatte søker hjelp) å ha kommet ut av kontroll. Relasjonsmønstrene mellom foresatte og atferdsvanskelig barn kan sies å være komplementære, hvis ikke metakomplementære i situasjoner der rutinene eller vanen for kommunikasjon og samspill har kommet ut av kontroll, eller utenfor deres kontroll i et negativt henseende. I slike tilfeller har gjentakende negative atferdsmønstre i relasjonen ført til det Bateson kaller skismogenese, brudd i opprinnelsen hvor systemet har gått til grunne.

Negativt atferds- og kommunikasjonsmønster som blant annet dobbelt-bindingskommunikasjon fører ofte til *”locus of control”* eller tillært hjelpesløshet hos foresatte og atferdsvanskelig barn som system. For det første vil tillært hjelpesløshet som resultat av en negativ sirkulær effekt eller *”ond sirkel”* gjøre det vanskelig for foresatte og det atferdsvanskelige barnet å finne alternative løsninger på problemene. For det andre er alternative løsninger på problemer vanskelig å begripe, derav håndtere fordi deres metakontekst i systemet eksisterer som objektiv institusjonalisert virkelighet utenfor deres bevisste subjektive virkelighet (Berger & Luckmann, 1994). For det tredje når deres metakontekst eksisterer utenfor deres bevisste subjektive virkelighet vil de negative institusjonaliserte atferds- og kommunikasjonsmønstrene stadig gjentas og reproduseres også etter systemet kan sies å ha gått til grunne. Ansvarsgruppen skal i denne forbindelse sørge for å begripe faktorer som kan gjenoppbygge systemet (hjem) som har gått til grunne gjennom å

tilføre systemet noe nytt. Som fagpersoner og utenforstående med kompetanse og tidligere erfaring med lignende tilfeller på området, vil brukernes metakontekst ”her og nå” bli form dem lettere begripelig og håndterlig. Metakonteksten vil også lettere kunne være begripelig og tilgjengelig for fagpersoner å se, fordi de i en høyere grad er i besittelse av evnen til å kommunisere om kommunikasjon, altså evnen til og ikke kun bare kommunisere for å kommunisere. Fagpersoner kommuniserer om ikke reflekterer på et mer abstrakt nivå hvor de enklere evner å avdekke brukernes ”usunne” vaner som mønstre for atferd- og kommunikasjon i metakonteksten. Fagpersoner har som oftest evnen til å se hvorfor det som skjer ”her og nå” i konteksten egentlig skjer ved å se brukernes metakontekst, for eksempel ved å se atferds- og kommunikasjonsmønstrene hos brukerne i systemet og på tvers av systemene. Når ansvarsgruppen som helhet og hver enkelt fagperson som arbeider tett på brukerne har et begrep om brukernes eller systemets metakontekst kan arbeide med å tilføre systemet noe nytt begynne. Ny informasjon om nye alternative atferds- og kommunikasjonsmønstre kan fremme sunnhet hos brukerne individuelt og i relasjonelt i systemet. I følge Bateson kan ny informasjon skape nye positive mønstre og et nytt liv, noe som er selve målet for det psykiatriske behandlingsarbeidet over tid. I neste avsnitt vil jeg se nærmere på hvordan et slikt informasjons- behandlingsarbeid bør foreløpe, og hvordan man som fagperson kan gjennom å begripe brukernes metakontekst starte arbeidet med å fremme mestring i konteksten ”her og nå”. Målet med behandlingsarbeidet er som sagt å styrke brukernes OAS i sitt eget system og mellom systemene de en del av.

4.5 Tverrfaglig samarbeid mellom: Barne- og ungdomspsykiatrien, skolen, familien og Pedagogisk Psykologisk Tjeneste

Forrige avsnitt tok for seg hvilke overordnede faktorer som må ligge til grunn i et tverrfaglig samarbeid for at hver fagperson skal ha mulighet til å begripe, og vite hvordan begripe brukerens metakontekst (bestående av vaner), for å begripe brukerens være- og handlemåte i konteksten ”her og nå”. Målet var å belyse betydningen av og fagpersoners utfordring med en begripelse av brukerens metakontekst. En terapeutisk begripelse av brukerens metakontekst er nødvendig før tilrettelegging og tiltak kan settes ut i praksis som håndterlige deler av noe større som gir mening for brukeren i kraft av konteksten (BUP). Dette avsnittet vil ta for seg

brukernes antatte OAS før en overføring til BUP, og behandlingsarbeidets hensikt med å styrke brukernes OAS i systemet med overføring til de andre systemene, skole og hjem. Spørsmålet om hva som kan gjøre den enkelte bruker ”friskere”, og mer bevegelig mot den sunne polen på kontinuum er en utfordring i seg selv. Salutogenese innebærer et fokus på brukerens mestringsressurser som gjør brukeren ”friskere” i det han/hun opplever mestring, men hvilke ressurser samt hvor ressursene finnes varierer fra bruker til bruker. Enhver bruker har ulike ressurser eller om man kan si sterke sider, og igjen ser man hvorfor brukerens medvirkning i behandlingsarbeidet er viktig. Brukerens medvirkning til behandlingsarbeidet gjør at fagpersonene enklere kan få et begrep om hva slags ressurser, hvor de finnes, og hvordan de kan brukes for å fremme mestring hos den enkelte bruker. Hovedfokuset skal ligge på brukerens mestringsressurser, og ikke kun på bevisstgjøring av hva som har vært årsak og virkning til livssituasjonen ”her og nå”. Antonovsky presenterer relasjonen og den dynamiske sammenheng mellom de tre komponentene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse tre komponentene utgjør en svak, middels eller sterk OAS. Tabell I ser jeg som relevant å bruke for å gi et perspektiv på hvor brukeren befinner seg på kontinuum før og mulig under behandlingen i BUP, og hvor det er ønskelig at brukerne er på kontinuum etter endt behandling og tilbakeføring. Antonovsky presenterer den dynamiske sammenhengen mellom komponentene i OAS slik:

Tabell I

Type	Begripelighet	Håndterbarhet	Meningsfullhet	Prediksjon
1	HØY	HØY	HØY	STABIL
2	LAV	HØY	HØY	UVANLIG
3	HØY	LAV	HØY	PRESSES OPP
4	LAV	LAV	HØY	PRESSES OPP
5	HØY	HØY	LAV	PRESSES NED
6	HØY	LAV	LAV	PRESSES NED
7	LAV	HØY	LAV	UVANLIG
8	LAV	LAV	LAV	STABIL

(Antonovsky, 2000:38)

Med utgangspunkt i tabellen ønsker jeg å vise til hvor systemet (hjem) mulig ligger på tabellen før de er en del av systemet BUP som brukere. Som tidligere nevnt har systemet (hjem) nærmest gått til grunne mye på grunn av et negativt atferds- og kommunikasjonsmønster praktisert gjennom vanemønstre over tid. Slike negative vanemønstre har ført til en "tillært hjelpesløshet" individuelt og relasjonelt i systemet. Tillært hjelpesløshet er det samme som og ikke ha kontroll, og når man individuelt og relasjonelt mister kontrollen i et system vil systemet gå til grunne. Systemet tolker jeg går til grunne av den mulige grunn at brukerne ikke evner å ty til alternative sunne løsninger på stressorene de har og fortsatt blir utsatt for. Negativt atferds- og kommunikasjonsmønster over tid implementert som vaner fungerer som negative "løsninger" på stressorene de daglig utsettes for. Gamle "usunne" vaner kan bli vonde å vende dersom de alternative "sunne" løsningene på problemene kan sies å eksistere utenfor ens bevissthet. Når dette er sagt hvor antas barnet med alvorlige atferdsvansker og ofte deres foresatte å ligge på tabellen før overføring eller i det de søker BUP om hjelp? Og hvor er det ønskelig at barnet med alvorlige atferdsvansker samt deres foresatte skal ligge i tabellen under behandlingsprosessen og etter endt tilbakeføring til skolen?

På bakgrunn av det som har blitt sagt til nå kan det tolkes at systemet individuelt og i relasjon til hverandre med overføring til andre systemer preges av type 8: lav begripelighet, lav håndterbarhet og lav meningsfullhet. Med type 8 oppleves verden som meget lite sammenhengende. I følge Antonovsky blir type 8 som å leve i en verden man oppfatter som kaotisk og uforutsigbar, noe som for øvrig forverrer livssituasjonen til et barn med en alvorlig atferdsforstyrrelse og ofte deres foresattes livssituasjon også. Type 2 og 7 er uvanlig: lav begripelighet kombinert med høy håndterbarhet. Antonovsky mener i tilfellet 2 og 7 at de er uvanlige, fordi høy håndterbarhet er for han avhengig av at en høy begripelighet kommer først. Høy begripelighet betyr nødvendigvis ikke at man klarer seg godt i følge Antonovsky. Type 3 og 6 har høy begripelighet og lav håndterbarhet, og disse typene er av natur ustabile. Hvilken retning bevegelsen tar kommer an på hvilken grad problemene forstås og engasjerer med vekt på om meningsfullhetskomponenten er høy eller lav. Uten engasjement eller motivasjon for å løse problemet blir verden fort ubegripelig. Sistnevnte (type 6) og type 8

kan sies å kjennetegne brukernes ofte ”tillærte hjelpesløshet”. Type 5 har høy begripelighet og høy håndterbarhet som betyr at systemet kjenner spillets regler, innehar ressursene som skal til for og ”vinne”, men spillet engasjerer en ikke. Hvis ikke noe betyr noe er det lett å falle utenfor å miste kontrollen over ressursene og forståelsen. Sammenlignet med systemet (foresatte- barn) sin livssituasjon kan man tenke at de individuelt og relasjonelt har en høy begripelighet og håndterbarhet på *hva* de til en viss grad gjør i negativ forstand, men ikke vet *hvorfor* de gjør som de gjør. Begrepet ”hvorfor” vil eksistere på et mer abstrakt plan som en del av systemets implementerte negative vanemønstre utenfor systemets subjektive virkelighet.

Oppsummert ser vi at type 5-8 varierer i forhold til lav/høy begripelighet og lav/høy håndterbarhet, men samtlige kjennetegnes ved lav meningsfullhet. Komponenten meningsfullhet har et motiverende element i seg, og karakteriseres som den viktigste komponenten. Begripelighet er den andre viktigste komponenten siden håndterbarhet som tidligere nevnt avhenger av forståelsen. Hvis ikke høy meningsfullhet er der som et motiverende element vil høy begripelighet og håndterbarhet kun være av forbigående art. Er ikke meningen høy med å begripe og håndtere de problemene man står ovenfor vil motivasjonen og utholdenheten neppe vare over tid.

Målet med selve behandlingsarbeidet i BUP er å finne frem til evner og ressurser som fremmer ”sunn” helse på tross av sykdom. Opplevelsen av mestring generelt er med på å styrke OAS, og vil forsterke komponenten meningsfullhet ved gjentatt opplevelse av mestring knyttet til kontekst over tid. På bakgrunn av tabell I er det overordnede målet at behandlingsarbeidet skal skape en individuell bevegelse hos brukerne fra tidligere antatt type 8-5 (usunne polen) til type 4-1 (sunne polen) på kontinuum. I de neste avsnittene vil jeg ta for meg hvordan et helsefremmende samarbeid bør foreløpe. Det vil i dette henseende være aktuelt å drøfte ulike aktørers rolle i et tverrfaglig samarbeid samt hvordan rollene utøves på individ- og systemnivå.

4.5.1 BUP i samarbeidsrelasjon til familien/familien i samarbeidsrelasjon med BUP

”Mennesket som en helhet bestående av kropp, sjel og sosialt liv” (St.meld. Nr. 25, 1996-97). Det overnevnte er et utsagn av Hippocrates som representerer en holistisk tankegang,

som på en annen side er en tankegang man kan si har fått et motstykke i dagens tre psykiatriske hovedretninger (St.meld Nr.25, 1996-97). For å nevne de tre hovedretningene er den første retningen den organiske som tar for seg kroppen, cellene, genene og hjernen som organ betraktet (St.meld. Nr. 25, 1996-97). Andre retning er den psykoterapeutiske som tar for seg sjels- livet, sammenhenger mellom intellektet og det ubevisste og dypere følelsesmessige konflikter (St.meld. Nr. 25, 1996-97). Den tredje retningen er den sosialpsykiatriske som tar for seg menneskets evne til å tilpasse seg andre, fungere i familie, arbeidsliv og samfunnet (St.meld. Nr. 25, 1996-97). Den første retningen er aktuell å snakke om i forhold til patogenese som jeg har valgt å fokusere bort i fra i et behandlingsperspektiv, da fokuset ligger på Antonovsky`s salutogenese. Den første kan også betraktes som en retning som legger vekt på den medfødte sårbarheten, og som er en aktuell retning innenfor utredningsarbeidet. Den andre og tredje retningen vil være de retningene som tar for seg selve utrednings- og behandlingsarbeidet i BUP som ikke går an å skille som to adskilte perspektiver. Den andre retningen kan betraktes som en retning som ønsker å finne sammenhengen mellom medfødt sårbarhet og livsopplevelser, men den tredje retningen kan betraktes som livsopplevelsene og omgivelsene rundt i interaksjon. Alle retningene kan sies å være en kombinasjon som utgjør brukerens livssituasjon. Hver retning kan tenkes å være del utenpå en del som konstruerer en helhet innad i hver retning. Alle tre retningene kan tolkes som tre kontekster utenpå hverandre som hele tiden vil konstruere metakonteksten, altså brukernes livssituasjon "her og nå" på bakgrunn av sårbarhet og ens livsopplevelser i et utrednings- og behandlingsperspektiv. Dagens tre psykiatriske hovedretninger er som sagt et motstykke til Hippocrates holistisk utsagn, og kan sies å være et resultat av stadig mer sammensatte psykiatriske lidelser som stadig krever mer sammensatte løsninger for i det hele tatt oppnå et helsefremmende resultat. Målet med utrednings- og behandlingsarbeidet er å se enkeltes sammensatte psykiatriske lidelse (alvorlig atferdsforstyrrelse) i en helhetlig sammenheng ut i fra de tre overnevnte hovedretningene, hvor hver av retningene representerer en mulig vinkling til problemet. For å se brukernes livssituasjon "her og nå" ut fra de tre psykiatriske retningene i et metaperspektiv, er det nødvendig med tilstrekkelig brukerbasert informasjon fra alle systemene som inngår i samarbeidet om brukernes beste. Brukeren selv og brukerens foresatte skal også trekkes inn i behandlingen som spesialister på egne barn. I hvilken sammenheng blir foresatte trukket inn i behandlingssituasjonen?

Familieterapi ble på 70- tallet en egen behandlingsform (Gjærum et al., 1998). Til å begynne med ble barn og foreldre behandlet hver for seg. I senere tid har det blitt vanlig å behandle familien samlet, for å kunne forstå enkeltes vansker i en familiesammenheng. Etter det ble vanlig å trekke inn hele familien i behandlingssammenheng, har terapeutens rolle blitt endret. Terapeutens rolle har endret seg fra å være en styrende samtalepartner til å være en samtalepartner på lik linje med familien (Gjærum et al., 1998). Tanken bak terapeuten som samtalepartner er for å lette familiens prosess mot å få tak på sine egne krefter samt muligheter. Å være samtalepartnere på lik linje kan tolkes som at det er ønskelig å oppnå en resiprok relasjon mellom terapeuten og familien. Den resiproke relasjonen kan sammenlignes med et ”gi- og ta- forhold” som balanseres over tid. Utfordringen ligger i hvordan terapeuten skal balansere familiens komplementære ”vante” relasjonen dem i mellom?

I følge Bateson antar han at tre motiver utvikler seg i alle relasjoner i vestlige kulturer, men varierer i kombinasjon. Relasjonene er komplementære og varierer i kombinasjon etter hvilke individ som spiller hvilken rolle. De tre motiver er: dominans- underkastelse, tilskuerholdning- ekshibitionisme og omsorg- avhengighet. Det er viktig i følge Bateson at man oppfatter individet som opplært i dominans- underkastelse, og ikke dominans eller underkastelse. Bateson sammenligner disse motivene i forhold til foreldre- barn relasjon tatt i betraktning at forandringer i mønstret skjer ettersom barnet blir eldre. I tidlig barndom er omsorg- avhengighet utvilsomt et dominerende motiv. Ettersom barnet blir eldre, og i dette tilfellet har eller utvikler en atferdsforstyrrelse forandrer mønstret seg fra at barnet mulig blir mer uavhengig. Hvis barnet utvikler en atferdsforstyrrelse kan det som tidligere nevnt ha sammenheng med miljømessige faktorer som lite omsorg fra foreldrene. Omsorgssvikt eller andre miljømessige risikofaktorer og mulig medfødt sårbarhet som mulige årsaker til barnet atferdsforstyrrelse, kan forverre barnets atferd og føre til ytterligere negativ ekshibitionisme. Ekshibitionisme kan tenkes å variere i forhold til kjønn med tanke på hvordan atferden opptrer synlig eller ikke fullt så synlig. Ekshibitionisme med tanke på negativ atferd hos gutter med store atferdsvansker kan ha en tendens til å fremtre mer synlig i form av en mer utagerende og aggressiv atferd. Ekshibitionisme med tanke på negativ atferd hos jenter med store atferdsvansker kan ha en tendens til å være ikke så synlig i forhold til at de i mindre grad utviser synlig utagering og aggresjon. Foreldrestilen eller rollen varierer i forhold til hvilke rolle foreldrene forvane inntar ovenfor det atferdsvanskelige barnet i ulike situasjoner. For eksempel kan foresatte innta en autoritær rolle og fungere mer dominerende

ovenfor barnet, hvor barnet vil bli underkastet de foresatte. Omvendt kan foreldre innta en ettergivende rolle hvor de vil fungere som underkastet barnets dominerende rolle i relasjonen. Foreldrestiler sett i forhold til komplementære motiver ser jeg grunn til å nevne i overnevnte henseende, uten og spekulere noe videre i forhold til hvem i relasjonen foresatte-atferdsvanskelig barn som spiller hvilken rolle i ulike situasjoner. Hensikten ved å nevne disse komplementære motivene som høyst sannsynlig inngår i relasjonen foresatte og atferdsvanskelig barn, er kun for å belyse den terapeutiske utfordringen man som fagpersoner står ovenfor.

Den terapeutiske utfordringen ligger i å kunne nøytralisere og avbalansere disse ytterpunktene "ekstrem dominans" og/eller "ekstrem underkastelse" også videre, til en resiprok relasjon i systemet mellom foresatte og atferdsvanskelig barn. Grunnen til at jeg tolker relasjonen mellom foresatte og atferdsvanskelige barn som ytterpunkter er fordi jeg tidligere har antatt at systemet har gått til grunne. Den komplementære relasjonen vil si at med ytterpunktene (for eksempel motivene dominans-underkastelse) adskiller de seg fra hverandre, men på en annen side passer atferdsmønstrene sammen. Atferdsmønstrene i den andre relasjonen (for eksempel underkastelse) passer da sammen med den første relasjonen (dominans) ved at den andre (den som underkastes) tilpasser seg den første (den dominerende). Systemet kan sies å ha gått til grunne fordi relasjonen som et symmetrisk mønster mellom foresatte og atferdsvanskelig barn har eskalert. I dette tilfellet kan man anta at relasjonen mellom foresatte og atferdsvanskelig barn mest sannsynlig har eskalert fordi negativ atferd hos foresatte (A) kan være årsak til ytterligere negativ atferd hos barnet (B), og omvendt. Er det realistisk å tro at relasjonen mellom foresatte og atferdsvanskelig barn skal bli resiprok etter behandling i BUP?

For det første er det for optimistisk å tro at relasjonen mellom foresatte og atferdsvanskelig barn skal bli resiprok etter en kortvarig behandling i BUP. For det andre er det også optimistisk og tro at foresatte og atferdsvanskelig barn skal skåre høyt på samtlige komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet etter en kortvarig behandling i BUP. For det tredje vil jeg ikke anta at ingen av disse er målene ved behandlingsarbeidet i BUP. Selvet målet med behandlingsarbeidet må være å skape bevegelse mot den sunne polen på kontinuum uten at de nødvendigvis når helt frem. Når familien som enhet ikke vil nå helt frem på kontinuum er dette en del av prosessen terapeuten bør bevisstgjøre familien om i forhold til at *"alle foreldre som får et annerledes barn har fått et annerledes familieliv"*

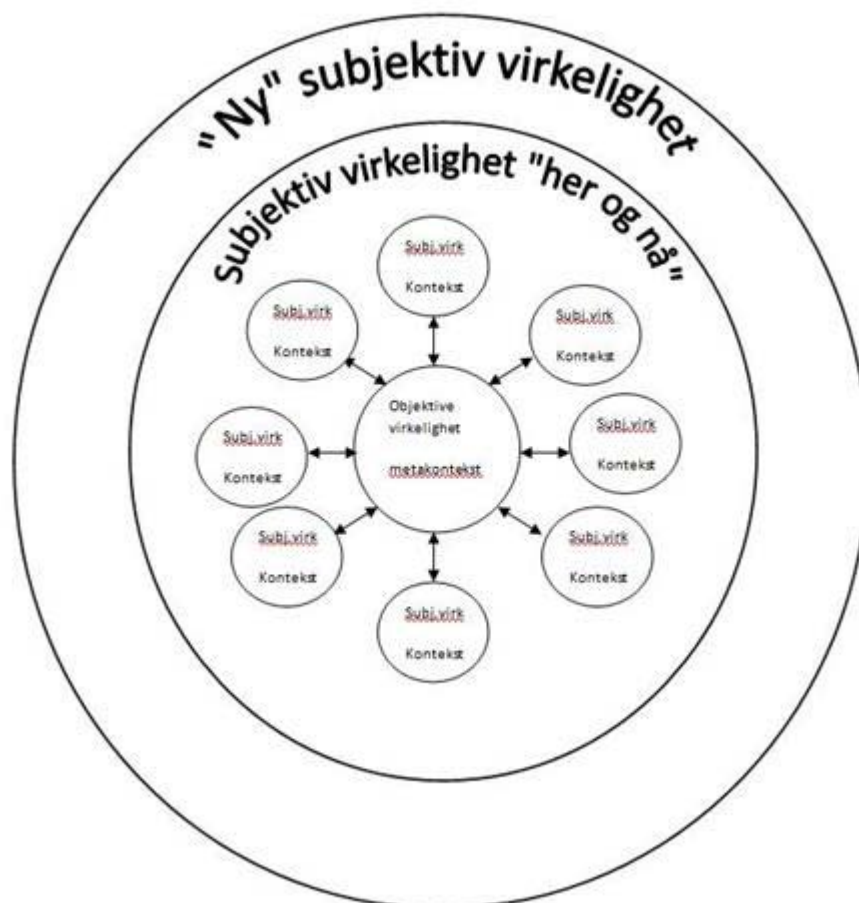
(Gjærum et al., 1998:213). Men tilfellet nå er at familien ikke begriper, håndterer eller ser sin livssituasjon som meningsfull. Hvilke faktorer er relevant for terapeuten å legge vekt på i et behandlingsarbeid for å bryte familiens ”onde sirkel” bestående av negative atferds- og kommunikasjonsmønstre?

Antonovsky fokus på salutogenese eller fokus på mestringsressurser gjør seg gjeldende her i forhold hvilke terapeutiske faktorer hos familien som bør vektlegges. Opplevelse av mestring er en faktor som kan være med på å styrke OAS, og skape bevegelse mot den sunne polen på kontinuum. Som nevnt i første avsnitt kan arbeidet med å finne de individuelle mestringsressursene i familien som enhet først begynne når terapeuten begriper familiens metakontekst. Viktigheten av informasjon fra de ulike systemer, observasjoner av barnet og foresatte hver for seg og sammen samt samtaleterapi er nødvendig for å danne seg et bilde av hvor de individuelle mestringsressursene kan ligge. Neste spørsmål blir hvordan terapeuten skal få familien individuelt til å begripe og håndtere sine ressurser. Mestring er individuelt og som sagt et relativt begrep som må sees i forhold til: alder, kjønn, temperament og ferdigheter (Gjærum et al., 1998). Mestring kan ikke sidestilles med å løse et problem da det ikke for alle gis løsninger, men likevel mestringsmuligheter. Det viktigste i forhold til å skape en bevegelse mot den sunne polen på kontinuum er at det gis mestringsmuligheter. At ikke mestring kan sidestilles med å løse et problem, er det samme som å si at ikke alle problemer kan løses, og da bør man i den andre enden forsone seg med at problemet vil vedvare (Gjærum et al., 1998:77). Atferdsforstyrrelse vil nok i mange tilfeller vedvare som et problem helt opp i voksenalder, og etter Antonovsky er OAS på dette tidspunkt forandringsstabil. Her sies det indirekte at mestring ikke er en løsning på atferdsforstyrrelsen, men at barnet kan gis mestringsmuligheter. Når dette er tilfellet har barn og unge vanskeligheter med å mestre, og når barnet ikke mestrer går budet videre over til foresatte. Det terapeutiske arbeidet i forhold til mestringbegrepet er å skape en balanse mellom den verden barn skaper seg og den verden foresatte ønsker at barnet skal overta.

Det er først når deltakere samhandler at det oppstår mønster for relasjoner mellom dem (Bateson, 2005). Familieterapi kan sies å være en søken etter ofte usunne mønster ”her og nå”, enn søken etter en symbolsk mening, fortidige årsaker eller motivasjon (Watzlawick, 1967:44). Fagpersoners søken etter kontekstavhengige mønster ”her og nå” i og mellom systemer brukerne er en del av, er med på å konstruere en begripelse av brukernes objektive virkelighet, eller metakonteksten. Denne metakonteksten bør de samarbeidende fagpersonene

begripe før de kan håndtere brukernes subjektive virkelighet kontekstuell "her og nå" som er en del av det terapeutiske behandlingsarbeidet. Målet med det terapeutiske arbeidet er som sagt å bryte systemets (hjemmets) negative sirkulære effekt eller "onde sirkel" i den subjektive livssituasjon "her og nå" ved å tilføre systemet noe nytt. Hvordan jeg tenker at det terapeutiske behandlingsarbeidet bør forekomme skal jeg illustrere med en egenkonstruert modell. For å forstå modellen i lys av hva jeg har kommet frem til hittil velger jeg å bruke: Antonovsky tre hovedkomponenter, Batesons del- helhetsteori og Berger og Luckmanns teori om subjektiv og objektiv virkelighet. Disse teoriene skal belyse hele behandlingsprosessen fra å skape en individuell bevegelse hos brukerne fra tidligere antatt type 8-5 (usunne polen), til type 4-1 (sunne polen) på kontinuum (jmf. Tabell I). Nærmere beskrivelse av modellen følger nedenfor.

Error!



Det innerste delen beskriver terapeutens overordnede oppgave, nemlig å bevisstgjøre og bringe familiens objektive virkelighet ned til en subjektiv virkelighet familien kan begripe og dermed håndtere. Det er også først når terapeutens forståelse av brukernes objektive virkelighet (hvorfor ting har blitt som det har blitt) blir bevisstgjort igjennom terapeutens informasjon og kunnskap om familiens subjektive virkelighet (hvorfor vi gjør som vi gjør "her og nå") at familien får mulighet til å begripe sin livssituasjon. En annen måte å si det på er at det terapeutiske målet vil være å kommunisere det sammenhengende, faglige metaperspektivet (familiens objektive og ubevisste virkelighet/livssituasjon) ned på individnivå (til den subjektive og bevisste virkelighet). Her er det nødvendig at terapeuten søker/inntar en ikke- dømmende holdning til dialog, samvær og gjensidig påvirkning. Et gi - og ta- forhold mellom terapeut og familiemedlemmene, en såkalt resiprok relasjon er en prosess som danner grunnlag for handling og endring over tid. Når familien forstår eller delvis forstår sin livssituasjon "her og nå" på bakgrunn av sine livsopplevelser og eventuell medfødt sårbarhet blir neste steget å kunne håndtere livssituasjonen i konteksten "her og nå"

Håndterbarhet i praksis blir aktuelt å snakke om først innen den midterste sirkelen som inngår som familiens subjektive, bevisste virkelighet "her og nå". I følge Antonovsky er håndteringskomponenten avhengig av at begripelighetskomponenten kommer først. Til nå kan man si at håndterbarhetskomponenten i dette tilfellet bør inneholde en delvis aksept og forståelse (kognitivt) for hvorfor bruker individuelt og relasjonelt i systemet har kommet i den livssituasjonen de er i nå, samt hvordan denne problematikken kan håndteres i praksis via faglig tilrettelegging i kontekst. Med håndtering i praksis mener jeg innenfor de ulike kontekstene BUP består av som system. Målet er som sagt at familien skal håndtere sin livssituasjon på en mer helsefremmende måte. Terapeutens teoretiske og praktiske oppgave blir å bevise for familien at deres livssituasjon har en sammenheng, og klargjøre denne sammenhengen slik at deres virkelighet kan bli lettere begripelig og håndterbar. For å skape best mulig livskvalitet er det nødvendig å tilrettelegge for gode og positive livsopplevelser via opplevelse av inneha både en individuell og relasjonell kompetanse. Ny informasjon og kunnskap skaper alternativer til å gå nye veier og fremmer en positiv virkelighetsoppfatning hos familiemedlemmene. Fra å oppleve å forutse verden som negativ konsistent, er målet med ny informasjon og kunnskap å skape variasjon i positive opplevelser via mestring. Det terapeutiske fokuset bør være å skape motivasjon for å mestre i teorien (begripelighet), men også i praksis (håndterbarhet). Motivasjon i praksis skapes gjennom å legge vekt på

familiemedlemmenes individuelle og relasjonelle kompetanse, også kalt mestringsressurser. Den terapeutiske utfordringen ligger å få familien individuelt til å forstå utfordringen de har fått, og samtidig skape en tro på at ressursene er tilgjengelige og at ressursene kan skape positive livsopplevelser. Håpet, motet og viljen sitter for mange familier i dette tilfellet langt inne på grunn av gjentatte nederlag over tid som har resultert i en svak mestringsfølelse. I en slik "hjelpeløs" situasjon kan det for terapeuten være en utfordring i seg selv å overbevise familien om at de faktisk har egne initiativ, og at mange av disse kan de stole på fremmer gode og positive livsopplevelser på sikt. Initiativet som døråpner til mestring er skildret fint i dette avsnittet:

Det var ikkje orda vi delte

Men det var det du tende i meg

Det du opna i meg

At nokon bryr seg

Det vart så uendeleg godt å vera til

(Gjærum et al., 1998:166)

Målet er at familien som enkeltindivider skal få kontroll på sin livssituasjon, bli selvstendige og uavhengige etter opptrappingsplanens mål. Initiativet er nært knyttet til begrepet om brukermedvirkning. Når familien individuelt og relasjonelt tar initiativ til mestring av tidligere ikke mestring bør dette bekreftes her og nå, og de bør også bli minnet på hva de har klart til nå både individuelt og i relasjon til hverandre underveis.

Målet med det terapeutiske arbeidet og det tverrfaglige samarbeidet om og med familiene i og mellom systemene generelt skal være med på å bryte familiens "onde sirkel" eller negative atferds- og kommunikasjonsmønster, å starte en "god sirkel". Gjennom å fremme de individuelle og relasjonelle mestringsressursene i familien som system skal disse være med på å endre deres komplementære relasjon til en resiprok relasjon på sikt. Den ytterste sirkelen illustrerer en ny subjektiv virkelighet eller livssituasjon som ligger mellom type 4-1 (sunne polen) på kontinuum, hvor hver av typene kjennetegnes ved en høy meningsfullhetskomponeent. Høyst sannsynlig siden type 2 opptrer sjelden, begriper brukerne sin livssituasjon bedre her selv om håndterbarheten kan være noe lavere. En ny subjektiv virkelighet eller livssituasjon som kan sies å ligge et sted mellom type 4-1, og her

vil brukerne oppleve en høyere grad konsistens og en opplevelse av forutsigbarhet i systemet (hjem). Forutsigbarhet handler om evnen til å forutse stressorer og inneha generelle motstandsressurser til å mestre stressorene som utfordringer mer enn som trusler mot individet. Det første spørsmålet jeg vil belyse omhandler familiemedlemmenes individuelle og relasjonelle muligheter for overføring og opprettholdelse av disse kjernekomponentene i sitt system og systemet skole utenfor systemet BUP etter endt tilbakeføring. Det andre spørsmålet omhandler hvordan de metodiske tiltakene praktisert i BUP fungerer som overførbare kjernekomponenter til skolen som system etter endt tilbakeføring, med vekt på Bateson utsagn om at budskapet ikke har mening i seg selv, men kun i kraft av konteksten det inngår i. Disse spørsmålene ønsker jeg å ta opp i kapittel 5 som vil omhandle deltakerperspektivet med vekt på overføring av tiltak til systemet skole etter endt tilbakeføring. Neste avsnitt vil omhandle skolen i en samarbeidsrelasjon til familien, og omvendt.

4.5.2 Familien i samarbeidsrelasjon med skolen/skolen i samarbeidsrelasjon med familien

I dag har skolen som system en større oppgave enn tidligere med å oppdra og sosialisere barn og unge inn til en god fysisk og psykisk helse. I L97 poengteres det at foresatte har hovedansvaret for oppdragelsen av sine barn, og har av den grunn et medansvar i skolen. Antonovsky understreker foresattes deltakelse og innflytelse som en nødvendighet for at foresatte skal kunne ha muligheten til å begripe og håndtere barnets opplæringssituasjon. Foresattes medansvar innebærer oppsummert et ansvar for elevens opplæring, og et ansvar i forhold til å samarbeide med skolen (Kunnskapsdepartementet). I følge "Kunnskapsløftet" skal samarbeidet mellom skole og familie være en gjensidig kommunikasjon rundt elevens trivsel, faglige og sosiale utvikling. Foresattes medansvar i skolen avhenger av om skolen legger til rette for et samarbeid som sikrer foresatte et medansvar eller ikke. Foresatte har krav på å få kontinuerlig informasjon om opplæringsmål samt hvordan disse målene er lagt opp, og hvilke arbeidsmåter som brukes ved vurdering av elevens faglige nivå (Kunnskapsdepartementet). På systemnivå har foresattes også rett til å delta i faglige drøftninger rundt skoleutviklingen (Kunnskapsdepartementet).

Psykososiale problemer er et utbredt fenomen som også viser seg i skolen. Prosjektet "psykisk helse i skolen" var en nasjonal satsning (2004-2008), og et samarbeid mellom

Barne- og familiedepartementet, utdanningsdirektoratet, sosial- og helsedirektoratet og fem ulike organisasjoner. Programmene er forankret i ”generell del av læreplanen” og ”prinsipper for opplæring” i Kunnskapsløftet inkludert Læringsplakaten. Psykisk helse i skolen består av mestringsorienterte, forebyggende skoleprogrammer som kan tas i bruk i grunnskolen, ungdomsskolen og videregående skole. Målet med programmene er å gi elevene kunnskap om hvordan de kan ivareta egen psykisk helse, hvordan de kan støtte hverandre, og få hjelp. Skolen som system er pålagt følgende:

...og aktivt drive eit kontinuerleg og systematisk arbeid for å fremje helsa, miljøet og tryggleiken til elevane, slik at krava i eller i medhald av dette kapittelet blir oppfylte. Skoleleiinga har ansvaret for den daglege gjennomføringa av dette. Arbeidet skal gjelde det fysiske så vel som det psykososiale miljøet. (Opplæringslova 9a-4).

I dette tilfellet kan man si at det eksisterer tre nivåer av OAS på system- og individnivå som bør foreligge i samarbeidsrelasjonen skole og foresatte for at opplæringen skal virke helsefremmende på barnets atferdsvansker. For det første er det nødvendighet at skolen har en sterk OAS, og vet hva som fremmer og hemmer deres virksomhet med tanke på å drive et helsefremmende arbeid. En skole med sterk OAS vet å kunne utnytte sitt handlingsrom innefor rammene. Når en skole har en sterk OAS kjennetegnes dette ved å ha god kontroll og oversikt, det vil si at de begriper og håndterer den heterogene elevgruppa. For det andre har en sterk OAS i skolen en klar sammenheng med lærenes OAS som gruppe, og omvendt. Sammenhengen mellom skolens og lærernes OAS belyser en viktig del av Antonovskys teori, nemlig deltakerperspektivet. Ansattes mulighet for deltakelse og innflytelse på systemnivå gjør deres daglige aktivitet meningsfull, noe som er nødvendig for at skolens OAS skal fremstå sterk ovenfor eleven og foresatte. Ut i fra systemteoretisk tankegang vil skolens OAS som helhet ha mer og si enn hver enkelt lærers OAS (jmf. helheten er mer enn summen av delene). I følge Antonovsky vil ikke en enkelt lærers OAS ha stor betydning i forhold til betydningen av en gruppes OAS, hvor deres kollektive handlinger er av større betydning enn en individuell handling. Kollektive handlinger samt en ”kollektiv bevissthet” rundt elevenes behov, særlig i dette tilfellet hvor barnet har en alvorlig atferdsforstyrrelse er viktig. Barn og unge med en alvorlig atferdsforstyrrelse kan lett snu en skoleadministrasjon på hodet, og da er ikke bare skolen og lærenes OAS viktig, men også lærernes og foresattes OAS av en samarbeidsrelasjon viktig. En resiprok relasjon, altså et ”gi- og ta- forhold” mellom skole og foresatte også her er en forutsetning for helsefremmende oppfølging og

opplæring av barnet. For det tredje er samarbeidsrelasjonen mellom skolen/lærernes og foresatte nødvendig for at skolen/lærerne skal kunne begripe elevens situasjon, ved å se hele og ikke deler av eleven. Skolen/lærerne har ansvar for å tilrettelegge for at foresatte skal fungere som aktive samarbeidspartnere til skolen. For at foresatte skal delta og se samarbeidet med skolen som en meningsfull aktivitet begge parter får utbytte av, må skolens praksis gjøres begripelig og håndterbar for foresatte. Lærere bør se på foresatte som en ressurs i forhold til selv å kunne begripe og håndtere barnets atferdsvansker. Foresatte er spesialister på sine egne barn, så for å forstå barnet må man forstå de foresatte også. Målet med samarbeidet er å finne kjernen til problemene. Kravene som stilles til foresatte og deres barn må føles meningsfulle. For det fjerde bør ikke barnet til tross for store atferdsvansker utelates fra samarbeidet mellom skolen og foresatte. Etter man kan si at kjerneproblematikken er begripelig i forhold til barnets atferdsvansker i systemet skole, er det neste steget å sette inn tiltak. I dette tilfellet kommer tiltakene anbefalt av BUP med oppfølging etter endt tilbakeføring av barnet til skolen. Selve overføringen, informasjonsarbeidet og oppfølgingen av tiltak ovenfor det atferdsvanskelige barnet kommer jeg tilbake til i kapittel 5. I neste avsnitt ser jeg kort på PPT's rolle som system i samarbeid med foresatte og barn, skole og BUP.

4.5.3 PPT i samarbeidsrelasjon med skolen, familien og BUP /skolen, familien og BUP i samarbeidsrelasjon med PPT

Barn og unge med store atferdsvansker har ofte vansker med å tilpasse seg både faglig og sosialt i skolen, og dette er med på å svekke deres OAS av skolen som system. For å forhindre at atferden opprettholdes eller ytterligere forverres er det nødvendig at skolen som system mestrer sin oppgave og utnytter sitt fulle handlingsrom ved å tilpasse opplæringstilbudet til elevens forutsetninger og behov. Overordnede prinsipper i regelverket, som også gjelder opplæring for barn- og unge med særskilte behov er: inkluderende, likeverdig og tilpasset opplæring. I generell del av læreplanen uttales det at: skolen skal ha rom for alle, og det vil blant annet si å vise særlig omtanke og omsorg når noen kjører seg fast eller strever stridt og kan miste motet (Læringssenteret, 2004). Likeverdig opplæring betyr ikke opplæring som er lik, men en opplæring som tar hensyn til at elevene er ulike. Av den grunn må opplæringen alltid ha rom for tilpasning. Alle har krav på tilpasning i forhold til sine evner og ferdigheter. Ved faglige og sosiale vansker dannes det som ofte omtales som

særlige behov hos barn og unge med atferdsvansker. Barn og unge med store atferdsvansker vil i større grad ha behov for en tilrettelagt opplæringssituasjon enn barn som ikke i så stor grad strever faglig og sosialt. Skolens mål i samarbeid med foresatte er å tilrettelegge for best mulig undervisning hvor alle elever får et læringsmessig utbytte av undervisningen. I mange tilfeller der det er snakk om barn og unge med store atferdsvansker er det snakk om spesialundervisning. Ofte i slike alvorlige tilfeller vil ikke tilpasning innenfor rammen av vanlig undervisning være tilstrekkelig, dermed er det nødvendig å utvide opplæringstilbudet til å gjelde mer omfattende individuell opplæring. Eleven kan få spesialundervisning deler av tiden, eller at hele opplæringstilbudet legges særskilt til rette om eleven har svært lite utbytte av det ordinære opplæringstilbudet. Det særskilte opplæringstilbudet som gis avhenger av organisatoriske og pedagogiske styringstiltak i den vanlige undervisningen, og den enkeltes skoles evne til å gi elevene tilfredsstillende utbytte innenfor rammen av denne opplæringen (Læringssenteret, 2004). Spesialundervisning kan både ha vært aktuelt og praktisert i større eller mindre grad før overføring av barnet med atferdsvansker til BUP, og være et tilbud som også gis etter endt tilbakeføring i skolen i større eller mindre grad. Arbeidsdelingen i forhold til tilretteleggingen har PPT ansvaret for, hvor andre står for deler av eller hele utføringen. For alle elever som får spesialundervisning skal det utarbeides en ”individuell opplæringsplan” (IOP). Planen skal vise til mål og innhold for opplæring samt hvordan undervisningen skal gjennomføres. Skolen skal også hvert halvår utarbeide skriftlig oversikt over den opplæringa eleven har fått og ei vurdering av utviklinga til eleven (Læringssenteret, 2004). Dette var på det rent formelle i forhold til praktiske anliggende ved spesialundervisning.

Skolens rutiner, kompetanse, holdninger og organisering bør være av stor interesse for PPT og det arbeidet tjenesten skal gjøre. Det som går på holdninger og som for øvrig er et sentralt punkt innenfor salutogenese, er i hvilken grad læringsmiljøet er organisert slik at oppmerksomheten er rettet mot elevenes mestringsstrategier fremfor vekt elevenes ikke-mestrende atferd. Fokuset skal være på individuelle mestringsstrategier og ressurser, og ikke hva den enkelte elev ikke mestrer og årsak til dette (patogenese). Skoleledelsen samt lærernes kompetanse kommer til uttrykk i den grad avvikende atferd i et skoleperspektiv er eller ikke er et resultat av at skolens mestring av hele variasjonsbredden i elevgruppa (Ogden, 2002). Skoler med en sterk OAS vil lettere mestre tilfeller av elever med avvikende atferd, enn skoler med en svak OAS vil kunne gjøre. Skolens OAS som vi har sett til nå påvirker elevenes OAS som deltaker av systemet skole. Skoler med svak OAS kan

reprodusere, det vil si være en mulig årsak til at elevenes negative atferd opprettholdes og forsterkes over tid i systemet skole. I slike overnevnte tilfeller der skolen har en svak OAS kommer PPT blant annet inn. Etter opplæringsloven § 5-6 ledd skal PPT fungere som en *tenesta skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseheving og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for elevar med særlege behov. Den pedagogisk-psykologiske tenesta skal sørgje for at det blir utarbeidd sakkunnig vurdering der lova krev det* (Læringssenteret, 2004:25). Kompetanseheving og organisasjonsutvikling på systemnivå kan være med på å styrke skolens OAS om PPT sees på som en samspillende aktør for å få til endring og utvikling i skolen. En del kommuner har kun vært konsentrert om rapportarbeid og sakkyndig vurdering av enkeltelever, og mindre om skoleutvikling og utvikling av klassemiljøet (Læringssenteret, 2004). Gjennom årene har det blitt gjort flere forsøk på å konsentrere PPT`s systemrettede arbeid i skolen, og dette ble blant annet gjort gjennom det treårige satsningsprosjektet SAMTAK. Prosjektet SAMTAK er et kompetanseutviklingsprogram for PPT og skoleledere i grunnskole og videregående opplæring. Programmet omfattet generelle arbeidsmetoder på systemnivå som tok for seg følgende temaområder: sammensatte lærevansker, lese- og skrivevansker og sosiale og emosjonelle problemer (Læringssenteret, 2004:13). PPT`s kunnskap kan gi innsikt og større forståelse for hvordan man som lærer kan bedre utnytte sitt handlingsrom optimalt ved å ta i bruk flere alternativer til tiltak og tilrettelegging i praksis. Jo flere mulige tiltak man har å spille på, jo bedre resultat oppnår man som fagperson i en individuell tilretteleggingsprosess for elever med særskilte behov. Tilrettelegging innenfor rammen av handlingsrommet er et oppnåelig mål, men når behovet går utover hva fagpersonene har mulighet til å tilrettelegge innenfor rammen av handlingsrommet, går som oftest oppgaven over til andre hjelpeinstanser som BUP i dette tilfellet. PPT behandler kun lettere saker, og henviser videre når kompetansen krever det, eller når ansvaret hører hjemme i andre tjenester. Barn med mistanke om en alvorlig atferdsforstyrrelse sett under begrepet psykiatrisk lidelse vil naturlig være en del av BUP`s sine rammer for handlingsrom og kompetanse. Under selve utrednings- og behandlingsprosessen i BUP vil PPT ha en rolle som deltaker av en ansvarsgruppe. BUP vil i større grad inngå som hovedaktør i samordningsprosessen i forhold til hva som faktisk vil forekomme av kommunikasjon og samarbeid under utrednings- og behandlingsarbeidet mellom de involverte systemene. Etter endt tilbakeføring av barn med alvorlige atferdsvansker til skolen, vil ansvaret mellom systemene BUP- PPT bli todelt. Oppgavene knyttet til ansvarsområdene mellom systemene BUP og PPT varierer i forhold til

hvordan tilretteleggingen, informasjonsarbeidet og oppfølgingen skal foreløpe etter endt tilbakeføring av barnet til skolen. Ideelt sett skal BUP stå for det psykiatriske informasjonsarbeidet i skolen på systemnivå, og oppfølging av brukeren på individnivå. PPT's funksjon vil etter en tilbakeføringsprosess være å tilrettelegge for en helsefremmende skolehverdag på individnivå i samarbeid med blant annet skolen og foresatte. Mer om tilretteleggings- og tiltaksprosessen etter endt tilbakeføring av barn med alvorlige atferdsvansker tilbake til skolen i neste kapittel. I neste kapittel vil jeg også se nærmere på om de metodiske tiltakene i BUP fremstår enhetlige, det vil si som lett overførbare og brukbare tiltak å praktisere for skolen som system etter endt tilbakeføring?

5. OM TILBAKEFØRINGER AV BARN MED ALVORLIGE ATFERDSVANSKER FRA BUP TIL DEN ORDINÆRE SKOLE

Til nå har jeg sett på hvilke faktorer som bør ligge til grunn for at et tverrfaglig samarbeid "om", og "om" og "med" brukeren for å oppnå generelle positive resultater for de involverte fagpersonene på tankeplanet (begripelighet), så vel som på handlingsplanet (håndterbarhet). I forrige kapittel var fokus å bevisstgjøre og bringe brukernes objektive virkelighet (metakontekst) ned til brukernes subjektive virkelighet som begripelig, og dermed håndterbar. Begripelighetskomponenten kommer før håndterbarhetskomponenten, det vil si at først når brukeren begriper delvis/helt sin individuelle og relasjonelle livssituasjon, kan terapeuten i samarbeid med brukeren begynne håndteringen eller tilretteleggingen i konteksten "her og nå". Bevisstgjøringen skjer på den ene side gjennom overføring av informasjon og kunnskap om brukerens livssituasjon, og på den andre side gjennom brukerens opplevelse av egne mestringsressurser. Tiltakene satt ut i praksis er ment til å gi brukeren en opplevelse av mestring på tvers av kontekster over tid, som igjen vil styrke brukers OAS som deltaker i et system og mellom systemer. Hvordan finner terapeuten og øvrig involverte fagfolk frem til brukerens mestringsressurser, og på hvilken måte gir disse mening for brukeren i konteksten?

Fokuset i dette kapittelet er rettet mot samarbeidet "med" og ikke "om" brukeren som deltaker av systemet BUP, og systemene skole, PPT og hjem. Et samarbeid "med" innebærer brukers rett til å medvirke, det vil si brukermedvirke. Brukermedvirkning er et sentralt tema i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), som bør forkomme på individnivå, systemnivå og politisk nivå. Brukermedvirkning på individ og systemnivå er et sentralt moment i BUP's praktiserte tilnærming kalt, "klient- og resultatstyrt terapi" (KOR). Brukers medvirkning og informasjon på individ- og systemnivå i og mellom systemer er ment til å gi resultater i form av mer effektive og individuelt tilpassede tiltak for den enkelte bruker. Meningsfullhetskomponenten er nært knyttet opp mot graden av brukermedvirkning. Brukeren må oppleve at egne bidrag betyr noe, og at de har reell innflytelse på hvordan tiltakene og tilbudet blir utformet (Larsen, Aasheim & Nordahl, 2006). Tiltak utformet på bakgrunn av brukerens medvirkning vil for brukere flest oppleves som mer forutsigbare tiltak. Brukermedvirkning innebærer som sagt informasjon som terapeuten eller øvrige

fagfolk benytter seg av eller ikke. Spørsmål jeg ønsker å se nærmere på i tilknytning til det som har vært sagt ovenfor, og det som jeg skal nærmere på nedenfor er: Hvor er det mulig å bevare informasjonen om brukeren på et sted, og hvordan sikrer dette den indirekte informasjonsflyten mellom systemene? Videre hvorfor brukermedvirkning, og hvordan praktiseres dette i KOR? Kan de metodiske tiltakene utformet på bakgrunn av KOR sies å være overførbare og brukbare tiltak i systemet skole? Er enhetlige tiltak mellom systemer mulig?

5.1 Individuell Opplæringsplan (IOP)

Alle elever som får spesialundervisning i sin ordinære skole skal etter Opplæringsloven § 5-5 ha en individuell opplæringsplan.

Reglane om innhaldet i opplæringa i denne lova og i forskrifter etter denne lova gjeld for spesialundervisning så langt dei passar. For elev som får spesialundervisning, skal det utarbeidast individuell opplæringsplan. Planen skal vise mål for og innhaldet i opplæringa og korleis ho skal drivast. Også avvikande kontraktvilkår for lærlingar kan fastsetjast i den individuelle opplæringsplanen (Læringssenteret, 2004:42).

IOP sikrer elever med spesialundervisning et likverdig og tilpasset opplæringstilbud. Skolen har ansvar for selve utarbeidelsen av IOP, mens PPT er de som foretar den sakkyndige vurderingen og vedtaket om spesialundervisning. PPT og andre instanser kan også komme med innvendinger i forhold til innhold og/eller utformingen av en elevs IOP. En IOP skal i en høy grad være brukerstyrt, og av den grunn er foreldrene og eleven viktige aktører i forhold til elevens vansker og styrker, muligheter, interesser og behov. Når IOP er utformet i et samarbeid mellom systemene skal den etter opplæringsloven § 5-5 vise: mål for opplæring, innhold i opplæring samt hvordan opplæringen skal drives (Læringssenteret, 2004). Målene må være realistiske sett i forhold til elevens kompetanse ”her og nå” og hvilke kompetanse eleven kan nå ”der og da”. Etter elevens evner og ferdigheter vurderes innholdet, altså lærestoffet, aktivitetsområder og arbeidsområder eleven skal ta del i. Kravene som stilles eleven må være tilpasset på den måten at oppgaven er utfordrende og mulig å mestre etter evner og ferdigheter. Innholdet tilpasses der eleven trenger den ekstra hjelpen for å kunne utvikle den kompetanse læreplanverket legger opp til, det vil si områder der eleven eventuelt får bortvalg og/eller der eleven arbeider med et alternativt innhold. Det

overordnede målet er at eleven med spesialundervisning skal kunne etter hvert følge vanlig undervisning. I dette tilfellet gjelder en eventuell spesialundervisning barn med alvorlige atferdsvansker eller med sammensatte vansker som ofte sliter både faglig og sosialt. Nøye prioritering av mål og innhold vil være aktuelt for barn med slike sammensatte atferdsvansker. I stedet for å ha for høye og mange krav til å begynne med, er det bedre å heve kravene underveis i samsvar med elevens evner og forutsetninger for mestring underveis. *”Opplæringsplanene må gi rom for nødvendig fleksibilitet og mulighet for variasjon (endring) i den løpende opplæringen”* (Læringssenteret, 2004:46). En IOP tar utgangspunkt i elevens vansker, men også elevens styrker, og med et slikt utgangspunkt kan man fremme lærelyst og engasjement hos eleven. Fokus på vanskene knyttet til manglende læring i dette avsnittet er motsatt av hvor Antonovsky mener fokuset skal ligge, nemlig på mestringsressursene. Fokus på elevens mestringsressurser er det eneste som kan skape en bevegelse mot den ”sunnne” polen på kontinuum. Barn med slike sammensatte atferdsvansker sliter faglig, men også sosialt. På den ene side og sosialt sett er det viktig at eleven får ta del i aktiviteter og arbeidsmåter som gjør at eleven opplever tilhørighet til den sammenholdende gruppen/klassen sosialt, faglig og kulturelt (Læringssenteret, 2004). Dette må på en annen side avveies mot grad av behov for spesialundervisning, for å gjøre de bortvalg og tilpasninger som er nødvendig for at eleven skal få et opplæringstilbud i samsvar med sine evner og forutsetninger.

Hvordan læring skjer, og hvordan undervisning drives er to forskjellige ting. *”Læring er noe som skjer med og i eleven. Undervisning er noe som blir gjort av en annen. God undervisning setter læring i gang- men den fullbyrdes ved elevens egen innsats. Den gode lærer stimulerer denne prosessen”* (NOU, 1996:22). Tid, kapasitet og ressurser til å drive spesialundervisning varierer fra skole til skole. Organisering av spesialundervisning kan skje i klassen med ekstra lærer, i gruppe eller alene sammen med lærer. Målet er å utvikle undervisningsformer som skal virke inkluderende på og for eleven, også elever som trenger spesialundervisning som tidligere antatt at barn med alvorlige atferdsvansker har behov for. Opplæring ved egne timer deler av tiden vil nødvendigvis ikke bety ekskludering av eleven, for det er et spørsmål om hva som tjener eleven best. I dette tilfellet hvor barnet har store atferdsvansker vil behovet være større for et miljø preget av struktur, oversikt og forutsigbarhet enn behovet vil være hos de med mindre sammensatte vansker. For at det overnevnte skal kunne gjennomføres og for at IOP skal være et godt arbeidsverktøy viser

erfaringene at opplæringsplanen bør ha en enkel form, være lett å forstå, ha en lite arbeidskrevende utfylling, ha en logisk oppbygning, vise til helhet og sammenheng i elevens opplæringstilbud og gi et godt grunnlag for å vurdere opplæringen (Læringssenteret, 2004:49). På hvilken måte vurderer læreren elevens utvikling faglig og sosialt underveis, og hva skal til for og ytterligere forsterke OAS på individ og systemnivå?

Opplæringsloven § 5-5 krever at skolen utarbeider en halvårsrapport for alle elever med spesialundervisning, Denne vurderingen skal gi en skriftlig oversikt over den opplæringen eleven har fått, og vurdere elevens utvikling. Sentrale vurderinger vil være hvordan har opplæringsprosessen vært, hvordan har elevens utvikling vært i forhold til målene i IOP, er de oppsatte målene vært realistiske sett i forhold til elevene evner og ferdigheter. Til slutt vurderes det om det fortsatt er behov for spesialundervisning, samt hvordan arbeidet videre bør legges opp. Under denne evalueringsprosessen skal eleven være sentral aktør i vurderingen av sin egen trivsel, læring og utvikling. Hvilken hensikt har IOP for eleven som del og deltaker i et system (skolen), og som del og deltakere av flere system (BUP og PPT)? I neste avsnitt som legger vekt på brukermedvirkning vil jeg legge vekt på eleven/brukeren som en sentral aktør og deltaker med innvirkning både på individ- og systemnivå.

Hensikten i dette tilfellet med en IOP sett i forhold til elevens/brukerens OAS som deltakere av flere system (skole, BUP og hjem) på systemnivå er å bidra til at brukeren som har behov for langvarig, koordinerte tjenester skal oppleve å få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Tanken bak IOP representerer en systemisk tankegang som et redskap som kan sies tar utgangspunkt i den sykliske koordineringen av brukeren i dette tilfellet med overføring og tilbakeføring til/fra BUP og skole. IOP og ikke Individuell Plan (IP) fordi fokuset ligger på hvordan skoleenheten ved BUP benytter seg av IOP.

Tidligere i kapittel 4 drøftet jeg betydningen av informasjonsflyten i systemer så vel som mellom systemer. Informasjon må samles innenfor hvert system, og kunne overføres til andre systemer som skole i dette tilfellet som en helhetlig individuell Opplæringsplan for den enkelte bruker. IOP er hovedsakelig et redskap for fagpersonen som skal hjelpe brukeren. Gode rutiner for samordning og samarbeid i og mellom systemene vil mulig være tids- og ressurssparende. Tids- og ressurssparende er det om BUP kan bygge videre eller ta i bruk deler av skolens IOP (mål og innhold for undervisning) for eleven i BUP. Om skolens IOP for eleven kan sies å være overførbart til BUP som system, kan det skape en mykere overgang

for eleven som skal bli en bruker av et nytt system (BUP). En myk overgang er en overgang der noe er gjenkjennbart og forutsigbart, noe som er en forutsetning for barn med alvorlige atferdsvansker. Det videre samarbeidet mellom BUP og skole for innhenting av skoleopplysninger og lignende er et prioritert område. I motsatt tilfelle der BUP ikke benytter skolens utformede IOP for eleven i et videre arbeid med ideer for å skape variasjon i tiltak ved og eventuelt bygge videre på skolens utformede tiltak som har fungert til nå, er det sjanse for at den sykliske koordinering av brukeren kan vanskeliggjøres. Den sykliske koordinering i visse tilfeller kan bli brutt på den måten at BUP ikke benytter seg av tidligere tiltak som har fungert ovenfor eleven i skolen. Planen er ment til å følge eleven/brukeren i og mellom systemer. Om BUP bygger videre på skolens utformede IOP ovenfor eleven, men også tilfører systemet (elev og foresatte) noe nytt som tidligere drøftet kan dette virke helsefremmende på systemet (hjem), å forsterke deres OAS i og mellom systemene. For tilbakeføringsprosessen av brukeren fra BUP til skolen gjelder de samme prinsippene for tilbakeføring av IOP og ytterligere anbefalte tiltak til skolen, som ved overføring av IOP og anbefalte tiltak fra skolen til BUP. Neste punkt er en kort redegjørelse av: hvorfor brukermedvirkning, og om det nytter?

5.1.1 Brukermedvirkning på individ- og systemnivå i BUP

Når systemet (hjem) kan sies å ha gått til grunne som tidligere antatt er behovet stort for gjenoppretting av brukernes verdighet, selvstendighet, mestringsevne, yrkestilpasning, samt sosial deltakelse i samfunnet (Berg, 2002). Watzlawick (1967:84) uttrykker at selvkonseptet blir gjenoppbygget hvis vi eksisterer som mennesker og ikke objekter, og det blir hovedsakelig gjenoppbygget gjennom kommunikativ aktivitet. Selvkonsept går på å bli sett og hørt som menneske av andre mennesker i relasjon som deltaker av et system. Antonovsky understreker også betydningen av et samarbeid ved å påpeke at uten aktiv deltakelse blir mennesket redusert til objekter. Brukermedvirkning er derfor en lovfestet rettighet, det vil si at hjelpeapparatet ikke kan velge om de skal forholde seg til det eller ikke. Brukermedvirkning har en egenverdi ved at mennesker som søker hjelp vil på linje med andre styre over sitt eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006). Målet med brukermedvirkning er at det skal bidra til ytterligere kvalitet på tjenestene, og at bruker får økt innflytelse på egen livskvalitet (Larsen, Aasheim & Nordal., 2006).

Brukeren har krav på å få fullstendig innsikt i sin helsetilstand, innhold i helsehjelpen og sine pasientrettigheter (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006). En resiprok relasjon mellom fapersoner i mellom, og ikke minst mellom terapeut og bruker er et godt utgangspunkt for å sikre at kommunikasjonen skjer på lik linje, og at informasjonen blir forstått og kommer videre til neste ledd på systemnivå. Når det kommer til informasjon er barn med psykiske lidelser ofte mer sårbare, og kan ha vanskeligheter med å fremme sin sak. Barn med alvorlige atferdsvansker kan i visse tilfeller i kraft av sin atferd ha en atferd som "forstyrrer" kommunikasjonen (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006). Konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker samt atferdsvansker i seg selv hos barn med en alvorlig atferdsforstyrrelse kan påvirke deres evne til motta og bearbeide informasjon. Fagfolks kompetanse skal sørge for at informasjonen som gis blir forstått, og at det eksisterer rutiner som sikrer informasjonsflyt. Ved informasjonsflyt sikres informasjonen å komme videre til neste ledd uten at det oppstår glipper. Språkbarrierer og mangel på forståelse fra begge parter kan også være en hindring eller en terapeutisk utfordring.

Helsetjenesten må også legge til rette for at brukermedvirkning skal bli reelt, og hva som er reelt er individuelt. I praksis skjer mye av brukermedvirkningen innenfor ansvarsgruppemøtene. Ansvarsgruppen er som regel sammensatt av de som bidrar med tjenester og annen hjelp til brukeren, og fordelene med alle samlet er at brukeren slipper å gjenta informasjonen. Gruppen kan også være et godt utgangspunkt for utarbeidelse og oppfølging av IOP (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006). Brukermedvirkning skjer også på et tredje nivå, kalt politisk nivå. På det politiske nivået skjer brukermedvirkning gjennom brukergrupper/organisasjoner som blir involvert før politiske beslutninger tas. Til nå har jeg besvart hvorfor brukermedvirkning nytter. I neste avsnitt vil jeg si noe om hvordan brukermedvirkning praktiseres som en tilnærming kalt KOR i BUP.

5.1.2 Metodiske tiltak i BUP

I de to forrige avsnitt tok jeg for meg betydningen av den sykliske koordineringen med IOP av elev/bruker som deltaker av systemet BUP med rett til brukermedvirkning. I dette avsnittet ønsker jeg å redegjøre kort for den terapeutiske tilnærmingen BUP praktiserer, og om tilnærmingen ivaretar momentene brukermedvirkning og informasjon på individ- og systemnivå. Begrepet "tilnærming" er et resultat av dagens fokus på nedtoning av terapeutisk

metodebruk (Tuseth, Sverdrup, Hjort & Frustad, 2006). Tuseth et al.(2006) referer til Lamberts et al., (2004) formulering om at det ikke er store teorier eller metoder som gjelder, men mikroteorier og hva som passer den enkelte klient. Her velger jeg å trekke en parallell til kapittel 4 der jeg omtaler den terapeutiske praksisen om å begripe brukerens objektive virkelighet (metakontekst), for så å håndtere de små sammenhenger i brukerens subjektive virkelighet "her og nå" i BUP (kontekst). Oppsummert ut fra Lamberts utsagn og min drøftning i kapittel 4, bør ikke terapeuten arbeide ut fra store teorier når han/hun skal tilrettelegge i de små sammenhenger, nemlig i brukerens kontekst "her og nå". Å finne brukernes individuelle og relasjonelle mestringsressurser er et viktigere aspekt ved bevisstgjøringsprosessen, enn et fokus på hvorfor man har havnet i den livssituasjonen man er i "her og nå". For at terapeuten skal kunne legge vekt på brukernes individuelle og relasjonelle mestringsressurser gjennom tiltak og tilrettelegging "her og nå", er terapeuten avhengig av brukernes medvirkning og egeninnsats. Uten brukernes medvirkning og egeninnsats under behandlingsprosessen kan det vanskeliggjøre en meningsfull prosess først og fremst for brukerne, men også for fagpersonene som skal tilrettelegge og utforme tiltak. For det første er brukermedvirkning på individ- og systemnivå med på å gjøre behandlingsprosessen motiverende og meningsfull for brukeren. For det andre er brukerens medvirkning i behandlingsforløpet med på å klare individuelle og relasjonelle sammenhenger i systemet (barn- foresatte) for terapeuten. Punkt en og to utgjør for det tredje at relasjonen mellom brukeren og terapeut kan tolkes som en resiprok relasjon, med andre ord som en "sunn" relasjon. En sunn relasjon mellom terapeut og bruker er et godt utgangspunkt for terapeuten å skape bevegelse mot den "sunne" polen på kontinuum. På hvilken måte kan BUP under behandlingsprosessen styrke brukernes OAS gjennom meningsfylte tiltak i konteksten "her og nå"? Og hvordan kan tiltakene sies å bli meningsfylte for brukerne og terapeuten individuelt og relasjonelt gjennom den praktiserte terapeutiske tilnærmingen i BUP?

Brukermedvirkning er et vektlagt moment innenfor metoden eller tilnærmingen BUP praktiserer i klinisk praksis, kalt "klient- og resultatstyrt terapi" (KOR). I KOR blir brukerperspektivet ivaretatt gjennom kontinuerlig kartlegging av klientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen samt av klientens opplevelse av tidlig endring i behandlingsforløpet(Tuseth et al., 2006). Tidlig helsefremmende endring kan sies å være faktorer som best predikerer om terapien har vært vellykket eller ikke (Tuseth et al., 2006).

Barn og ungdoms OAS er i følge Antonovsky lettere påvirkelig i forhold til bevegelse på kontinuum, enn det voksnes OAS er. Hvilke faktorer må ligge til grunn for at terapien og behandlingen kan sies å gi tidlige resultater i behandlingsforløpet? Brukerperspektivet er et meningsfullt komponent, og som sagt et gjennomgående prinsipp i Regjeringens *Strategiplan for barn og unges psykiske helse "sammen om psykisk helse"* hvor klientens og pårørendes forståelse, bidrag og ressurser i utforming av behandlingstiltak vektlegges. I tiltak 53 "Å spørre den det gjelder" kartlegging av barn og unges brukererfaringer, står det følgende: *"Barn, unge og pårørende som er i kontakt med og behandles av det psykiske helsevernet for barn og unge må få anledning til å formidle sin opplevelse av dette. Hensikten med dette er å øke kvaliteten på tjenestene til det beste for brukerne av disse(...)"* (Tuseth et al., 2006:9). Helsetjenestene er til for brukerne av tjenesten, og ikke omvendt. Selve resultatperspektivet bygger på Stortingsmelding 25 (96 – 97) *Åpenhet og helhet om psykiske lidelser gir klare føringer på at den behandlingen som tilbys skal være basert på vitenskaplig kunnskap* (Tuseth et al., 2006:10). Vitenskaplig kunnskap er basis i det som kalles livslang læring (Tuseth et al., 2006). KOR er en terapeutisk tilnærming basert på vitenskaplig kunnskap, men på hvilken måte kartlegges og ser man et resultat av brukerens opplevelse av endring tidlig i behandlingsforløpet og syn på den terapeutiske alliansen i KOR?

Barry Duncan og Scott Miller ved Institute for the Study og Therapeutic Change har i samarbeid med andre forskere utviklet et system med to enkle skåringsskalaer for systematisk informasjon om brukerens vurdering av den terapeutiske prosessen og av endring. KOR kan sies å kunne brukes på tvers av teoretisk forståelse og metodiske tilnærminger (Tuseth et al., 2006:40). Informasjonen tilbakemeldingsskjemaene gir terapeuten av den enkelte bruker bør føre til en økt bevissthet på brukerens perspektiv, på den terapeutiske relasjonen og på endring. Økt bevisstgjøring om brukerens perspektiv kan føre til konkret endring og nye tiltak i tilbud til klienten. Skalaene vil også være konkrete utgangspunkt for samtaler om endring, hva som bruker har nådd av mål til nå, og hva som skal til for å nå de neste målene. Brukerens systematiske tilbakemeldinger på skala skal ha en avgjørende betydning for terapiforløpet. Brukeren skal fungere som en aktiv deltaker i egen terapi både med hensyn til å utforme og vurdere behandlingsopplegget. Tilbakemeldinger fra bruker bør stå i samsvar med behandlingstilnærmingen og terapeutens tilrettelegging og tiltak. Brukerens opplevelse av at behandlingstilnærmingen og tiltakene er i samsvar med ens

tilbakemeldinger kan styrke brukerens OAS og den terapeutiske alliansen. Gi- og ta- forhold er som tidligere drøftet en resiprok relasjon fortolket som en ”sunn” relasjon. Ingen relasjon varer over tid om den ene kontinuerlig tar initiativ til å gi av seg selv uten å få noe særlig tilbake, eller få tilbake noe som en ikke ønsker å få tilbake. Gjensidig tillitt mellom terapeut og bruker kan sies å måtte ligge til grunn for et fruktbart samarbeid mot en tro på positive endringer som resultat. Målet med KOR er å skape et felles fokus mot positive endringer som skal medføre styrking av brukerens OAS som aktør i sitt eget liv. Neste avsnitt vil ta for seg om tiltakene utformet på bakgrunn av KOR, er overførbare og brukbare fra BUP til skolen?

5.1.3 På hvilken måte kan de metodiske tiltakene i BUP være overførbare og brukbare tiltak til systemet skole uten sammen implementerte metode?

Tidligere har vi sett at begrepet helhetlige omfatter et sammenhengende tilbud hvor tjenesteyterne skal sørge for at tiltakene fremstår som en enhet. Om tiltakene fremstår enhetlige for brukeren kommer an på systemenes individuelle og relasjonelle OAS. Systemenes individuelle og relasjonelle OAS påvirker som sagt brukerens OAS som deltaker i et system og mellom systemer. I modell I ble det belyst *hva* som skal til for å fremme begripelighet om å begripe brukerens metakontekst og kontekst som fagperson og bruker i innerste sirkel til midterste. I midterste sirkel *hvordan* tiltakene bør utføres knyttet til håndterbarhet og brukerens mestringsressurser, og ytterste sirkel *hvorfor* og på hvilken måte tiltakene utføres for å fremme meningsfullhet gjennom mestring på tvers av kontekster systemet BUP består av. Alle sirklene er en illustrasjon på hvordan terapeuten og øvrig fagfolk rundt brukeren skal begripe, håndtere og gi meningsfulle tiltak med vekt på brukermedvirkning innenfor kontekstene BUP består av. Tiltakene gir mening i det brukeren opplever mestring av nye sammenhenger i kontrast til tidligere sammenhenger. Terapeutens tiltak satt ut i praksis og brukerens opplevelse av mestring ”her og nå” skaper en sammenheng mellom det brukeren sier og det terapeuten gjør i praksis. Tiltakene i seg selv gir ingen mening, men med brukerens medvirkning til utforming av tiltakene i kraft av kontekstene BUP består av, gjør det terapeutiske arbeidet mer treffsikkert i forhold til å kombinere rette tiltak på rett sted. Dette utsagnet er tatt fra den helhetlige tanken om at: stenene i seg selv gir ingen mening, men gjennom å kombinere stenene på rett måte eller rett plass har vi skapt et system. Når tiltakene gir mening forsterkes brukernes OAS på tvers av

kontekstene i systemet BUP, og det kan det sies å være skapt et system eller en "ny" subjektiv virkelighet innenfor systemet BUP. Sett fra en side om tiltakene gir mening for brukeren innenfor kontekstene BUP, trenger det på en annen side ikke bety at det får mening eller den samme mening i kontekstene skolen består i etter endt tilbakeføring. Bateson hevder at budskap har ingen mening i seg selv, men i kraft av konteksten får budskapet mening. Begrepet budskap tolker jeg som innholdet av tiltakene, og begrepet mening i forhold til om tiltakene fører til mestring eller ikke hos bruker i kraft av konteksten de inngår i. På hvilken måte kan tiltakene praktisert med effekt innenfor BUP (kontekst 1) sies å være overførbare til skolen (kontekst 2)?

Forventningene om at skolen som system er i stand til å overta brukeren på dagen kan problematiseres. Mange utfordringer er knyttet til tilbakeføringer av barn generelt, og overføring av enhetlige tiltak spesielt fra BUP til skolen. Enhetlige tiltak er tiltak som fremmer konsistens i og mellom systemer, hvor tiltakene innehar funksjonen av å være forutsigbare for bruker på tvers av systemene han/hun er deltaker av. Forutsigbare tiltak gjør mestring mer mulig, og som videre er med på å styrke barnet OAS i og mellom systemene. Hvilke faktorer må ligge til grunn for at tiltakene i en tilbakeføringsfase skal oppleves for bruker som enhetlige? Begrepet enhetlig velger jeg å tolke som samkjørte, koordinerte og like tiltak som sådan. Tiltakene som kan sies og hatt effekt i BUP og som anbefalte tiltak videre i skolen som system. De videre anbefalte tiltakene bør utøves av lærerne og øvrige personal i samsvar med hvordan tiltakene er utøvd tidligere med effekt i BUP som jeg kommer tilbake til. Først hvilke faktorer må ligge til grunn for atferdsvanskeliges barns OAS skal ivaretas i og mellom systemene i tilbakeføringsfase?

For det første "myke overganger" fra en kontekst til en annen bør være preget av forhåndsstrukturerte arbeidsoppgaver og et godt planlagt samarbeid mellom systemene som skal tilbakeføre barnet og motta barnet. BUP er som sagt pålagt et ansvar om et tett samarbeid med barnets skole før, under og etter overføring/tilbakeføring. Samarbeidet før og under er et samarbeid gjennom barnets ansvarsgruppe, utforming og praktisering av IOP og ytterligere kontinuerlig informasjon om barnet utviklingsforløp, som skal kvalitetssikre en tilbakeføring av barnet til skolen. Vygotsky's proximale utviklingssone kan være en god modell for den kontinuerlige informasjonen som bør foreløpe mellom de samarbeidende systemene. Informasjonen vil da være faglige oppdateringer av barnets utviklingsforløp som består av informasjon om hvor barnet er nå, hvor langt barnet kan nå selvstendig uten hjelp,

og hvor langt barnet kan nå med faglig hjelp. Kontinuerlig informasjon på bakgrunn av god informasjonsflyt i og mellom systemene gir skolen kunnskap og innsikt i barnets utviklingsforløp og livssituasjon "her og nå". Kunnskap og oppdatert informasjon om barnets utviklingsforløp og livssituasjon "her og nå", gjør de som er kontaktpersoner fra skolen noe mer rustet til å ta overta barnet på dagen. Både den enkelte skole og lærere bør ha en sterk OAS for å overta et barn med alvorlige atferdsvansker. Hvis tilfellet er at skolen samt lærerne preges av en svak OAS i systemet, på hvilken måte kan systemene BUP og PPT samarbeide om å styrke skolens samt lærerens OAS?

Etter endt tilbakeføring vil ansvaret for psykiatrisk/pedagogisk informasjonsarbeid, oppfølging og tilrettelegging som sagt være todelt mellom BUP og PPT. BUP vil ideelt sett ha ansvaret for det psykiatriske informasjonsarbeidet og oppfølging på individ og systemnivå i skolen som system, mens PPT bistår skolen med tilrettelegging og eventuelt ytterligere vedtak om mer eller mindre spesialundervisning. PPT driver også systemrettet arbeid i skolen, men mer på pedagogiske enn psykiatriske plan. Skolen som system og lærerne som utøvere av tiltakene bør utøve tiltakene på den måten som de ble utøvd ovenfor det atferdsvanskelige barnet i BUP. Når dette er sagt er spørsmålet i hvilken grad dette er mulig? BUP står for det psykiatriske informasjonsarbeidet på individ- og systemnivå når det gjelder å gi kunnskap om barnets diagnose(r), helsetilstand pr. i dag, hvilke tiltak som har fungert og ikke underveis og hvilke som kan fungere i skolens kontekst. Videre er også skolens samarbeid med foresatte et viktig fundament å bygge videre på i forhold til å få oppdatert informasjon og mer kunnskap om barnet "her og nå". PPT's rolle i forhold til faglig og sosial tilrettelegging kan i slike tilfeller begrenses i den forstand at det er BUP som er hovedaktør og veileder av anbefalte tiltak til skolen. BUP sitter på informasjonen over hvilke, hvordan og hvorfor akkurat disse tiltakene anbefales til skolen som de tidligere har erfart begripelige, håndterbare og meningsfulle tiltak i systemet BUP. For det første bør skolen vite ikke bare hvilke tiltak som er praktisert i BUP, men også vite hvordan og mulig hvorfor. BUP bør i dette henseende sørge for at informasjonen om de anbefalte tiltakene til skolen blir forstått innholdsmessig, og for det andre hvordan de har vært praktisert i BUP. Når BUP har sørget for at informasjonen rundt de anbefalte tiltakene har blitt forstått i teori og praksis, bør det evalueres hvorvidt disse tiltakene gir mening eller effekt for lærerne i interaksjon med eleven. "Min virkelighet er annerledes en din virkelighet" i betydningen at alle arbeider ut fra ulike forståelseshorisonter. At lærerne arbeider ut fra en ulik forståelseshorisont enn det

terapeuten gjør i interaksjon med bruker, kan være en medvirkende årsak til betydningen at budskapet som tiltakene vil få en annen mening i kraft av kontekstene skole består av, enn kontekstene BUP består av. Av den grunn er det ekstra viktig tenker jeg at metoden eller tilnærmingen (KOR) BUP praktiserer ovenfor brukeren, bør være en del av BUP's psykiatriske informasjonsarbeid i skolen på systemnivå. Informasjon om tilnærmingen setter tiltakene som er praktisert i BUP i perspektiv, i forhold til hvordan skolen samt lærerne bør interagere med eleven på individ- og systemnivå med vekt på brukermedvirkning. Brukermedvirkning er et sentralt vektlagt moment i teorien, i Opptrappingsplanen, så vel som i praksis gjennom KOR, og av den grunn bør brukerens medvirkning generelt vektlegges som et moment i skolen også. Spørsmålet er om skolens og lærernes ressurser, kapasitet og kompetanse på individ- og systemnivå strekker til for mer brukermedvirkning på individ- og systemnivå i kontekstene skolen består av.

For at lærerne skal kunne håndtere de anbefalte tiltakene fra BUP i praksis, og for at tiltakene skal bli meningsfulle for lærer som utøver av tiltakene og for elev bør brukerens medvirkning på individ- og systemnivå være et fokus. Skolen praktiserer ikke tilnærmingen KOR, og lærerne har ikke den kompetansen som skal til for å praktisere tilnærmingen KOR, derav blir BUP's informasjonsarbeid ytterligere viktig for skolen som system og lærerne som fagpersoner med en annen forståelseshorisont å begripe. Tiltakene i BUP kan sies å være utformet på bakgrunn av tilnærmingen KOR med vekt på brukerens egen medvirkning på individ- og systemnivå gjennom tilbakemeldingsskjemaer som utgangspunkt for samtaler mellom terapeut- bruker og videre behandling. Skolens som system kan få innsikt i tilnærmingen KOR gjennom informasjon samt hvordan den blir praktisert i BUP, og særlig på hvilken måte den har blitt praktisert i hvert enkelttilfelle. Informasjonen kan gi innsikt i det metodiske ved tilnærmingen KOR samt brukerinformasjon, men det kan se ut som at skolen som system må komme opp med egne strategier for å implementere de anbefalte tiltakene fra BUP. Tiltakene skal ha en funksjon av å være enhetlige, det vil si som tidligere antatt mest mulig like i teori og praksis som tiltakene utøvd i BUP. Hvordan kan enhetlige tiltak utformet på bakgrunn av en tilnærming i BUP være brukbare, i den forstand håndterbare for skolen å praktisere som meningsfulle tiltak mellom lærer og elev?

Målet er å ivareta elevens OAS i og mellom systemene, og nå i systemet skole i samarbeid med BUP, PPT og foresatte. Det psykiatriske informasjonsarbeidet holder mål i forhold til å fremme begripeligheten og håndterbarheten på tankeplanet av tiltakene som skal praktiseres i

skolen og innenfor klasserommets rammer. Skolen kan ikke ta i bruk tilbakemeldingsskjemaene som er sentrale innenfor KOR, men de kan utforme egne tilbakemeldingsskjemaer, ha samtaler med eleven og foresatte og evaluere underveis hvilke anbefalte tiltak fra BUP som ser ut til å være effektive og ikke ovenfor eleven i ”ny” undervisningssituasjon (kontekster) faglig og sosialt. Kommunikasjon lærerne i mellom med melding opp i systemet er viktig for å sikre informasjonsflyt mellom nivåene på systemnivå, og for utforming av enhetlige tiltak på individnivå. Forskjellen mellom BUP og skolen som system utgjør ikke kun en forskjell når det gjelder det metodiske, men også en forskjell som utgjør en forskjell mellom BUP og skolen er undervisningssituasjonen. BUP tar inn få brukere til dagenheten (skolen), hvor 1-1- undervisning ikke er et uvanlig. BUP`s ressurser og fagpersonenes kompetanse er samlet om få brukere, derav kan resultatene fra tiltakene utøvd i praksis tidligere komme til syne hos bruker. Etter endt tilbakeføring vil skolens ressurser og kapasitet være mindre sammenlignet med BUP, og da blir spørsmålet om det er mulig å gjennomføre enhetlige tiltak på bakgrunn av tettere oppfølging av eleven i skolen? Om skolen har midler, kapasitet og kompetanse til å gjennomføre de anbefalte tiltakene fra BUP varierer fra skole til skole. PPT`s vedtak om mer eller mindre spesialundervisning samt andre tilvalgte midler til undervisning i eller utenfor vanlig undervisning, vil også være et relevant spørsmål i forhold til om tiltakene fra BUP er overførbare og brukbare som sådan. Det er en forutsetning at PPT kjenner til den lokale skolen barnet tilbakeføres til, for å forvalte hvilke ressurser og kompetanse hvor, og i hvilken grad skolen kan sies å ha kapasitet til å gjennomføre tiltakene slik at de gir mening for lærer og eleven i interaksjon. I økonomisk perspektiv bør ressursene, kapasiteten og kompetansen som allerede er der i systemet skole utnyttes til det fulle, før eventuelt andre tiltak settes inn for å bevare elevens OAS i systemet. Nå til konklusjoner for så oppsummerende tanker og avslutning.

6. Konklusjoner

Overordnede visjon med hovedoppgaven har vært å belyse hvordan en helsefremmende utrednings/behandlings- og tilbakeføringssituasjon kan drøftes på bakgrunn av en sirkulær eller systemisk tankegang. Den sirkulære prosessen har gjennom oppgaven blitt beskrevet på følgende kronologisk måte: fra systemets (hjemmets) brudd i opprinnelsen (skismogenese) til virkningen av de ”usunne” mønstrene og systemets grunne som årsak til brukernes sykdom (patogenese), og videre til hva som gjør brukeren frisk på tross av sykdom (salutogenese). Denne prosessen illustrerer det første utsagnet, *”å bryte den onde sirkel, og starte en god sirkel”*. Nå skal jeg trekke noen konklusjoner på bakgrunn av faktorer som har sett ut til å hindre et tverrfaglig samarbeid å fungere optimalt, og hvordan dette kan påvirke den sirkulære effekten og brukerens individuelle og relasjonelle OAS i og mellom systemene. Først trekker jeg konklusjoner på bakgrunn av utrednings- og behandlingssituasjonen, og deretter trekkes det konklusjoner på bakgrunn av tilbakeføringsprosessen. I konklusjonene vil jeg trekke inn følgende: hvilke mål i Opptappingsplanen kan sies og ikke være nådd? Videre trekker jeg inn min drøftelse i kapittel 3-5 for å se på hvilke konsekvenser disse målene som ikke er nådd kan ha for et tverrfaglig samarbeid i og mellom systemene samt for brukerne. Jeg bruker SINTEF’s evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse for å se hvilke mål som kan sies og enda ikke være nådd.

Et ideelt tverrfaglig samarbeid bør bestå av følgende: forskjellige kompetanser, kjennskap til hverandres kompetanseområder, tilstrekkelig felles forståelse, klart definerte roller og felles respekt (Gjærum et al., 1998). Dette skal sikre resiproke ”sunne” relasjoner mellom de samarbeidende fagpersonene i og mellom de samordnende systemene. I tillegg bør det forekomme kontinuerlig informasjon basert på god kommunikasjon som sikrer informasjonsflyten i og mellom systemene. Ansvarsgrupper og IOP er med på å ivareta informasjon på ett sted mellom systemene. Ut fra SINTEF’s evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse er fortsatt tid, ressurser og kapasitet et viktig aspekt som har sett ut til å ha hindret systemenes samordning og tverrfaglig samarbeid. De fleste informantene ved BUP og PPT synes blant annet at det er vanskelig å finne *felles møtetidspunkter* (Andersson & Steihaug, 2008). BUP og PPT samarbeidet i flere saker i 2007 enn de gjorde i 2004. BUP og PPT samarbeider mer, men felles møtetidspunkter vanskeliggjør fortsatt det tverrfaglige samarbeidet etter Opptappingsplanen, hvorfor?

Evalueringen nevner mulige grunner som jeg tolker videre på følgende måte: 1) PPT har til tross for kapasitetsproblemer og lange ventelister, ikke vært prioritert økonomisk innenfor Opptappingsplanen, 2) Opptappingsplanen har løftet frem psykisk helse på dagsorden og gitt befolkningen mer kunnskap som har ført til en positiv holdningsendring og økt etterspørsel av hjelpeapparatet, 3) Økt etterspørsel av hjelpeapparatet, ingen økonomiske bevilgninger og en allerede presset kapasitet i PPT, har ført til enda mindre kapasitet grunnet økt etterspørsel mot reduserte ressurser. Punkt 1-3 gir et bilde på hvorfor møtetidspunkter kan vanskeliggjøre og hindre et tverrfaglig samarbeid mellom systemene BUP, skole og hjem. Lange ventelister hos PPT kan føre til at eleven blir direkte overført til BUP for utredning der, noe som presser deres virksomhet ytterligere. Det er kritikkverdig at ikke PPT var en prioritert instans i Opptappingsplanen i forhold til at de er sentrale aktører i tidlig identifisering og forebygging av psykiske problemer hos barn og unge.

Forkjellig kompetanse og en tilstrekkelig felles forståelse må ligge til grunn for at et godt tverrfaglig samarbeid generelt, og for utformingen av enhetlige tiltak spesielt. Dette ser ikke ut til å ha fungert da evalueringen sier at det ofte forekommer problemer knyttet til *”felles utforming av tiltak basert på felles problemforståelse”*, noe som hindrer et godt tverrfaglig samarbeid mellom systemene ”om” og ”med” brukere (Andersson & Steihaug, 2008).. Enhetlige tiltak kan ikke bli enhetlige eller forutsigbare for bruker om fagpersonene er uenig den felles utformingen av tiltakene. Uenighet bygger overordnet på tanken, at min virkelighet er ikke som din virkelighet, i betydningen av at ethvert menneske har sitt helt eget syn på verden. I dette henseende er det nødvendig at systemene som inngår i det tverrfaglige samarbeidet har kjennskap til hverandres kompetanse. Uten kjennskap til hverandres kompetanse vil en tydelig *ansvarsfordeling* mellom systemene bli vanskelig, som er et mål som ikke er nådd og som igjen hindrer et godt tverrfaglig samarbeid (Andersson & Steihaug, 2008). Utydelig eller ingen ansvarsfordeling skaper udefinerte roller. I tillegg sier evalueringen at det oftere forekommer dårligere tverrfaglig samarbeid for grupper barn og unge med alvorlige psykiske problemer, som for eksempel i dette tilfellet med alvorlig atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser. Dette er en del av det som kalles *”gråsoneproblematikken”* der man er usikker på de ulike instansenes ansvar og rolle når det for eksempel gjelder iverksetting av tiltak (Andersson & Steihaug, 2008:28). For eksempel hvem har ansvar for hva etter endt tilbakeføring?

Om det tverrfaglige samarbeidet i og mellom systemene har fungert godt, og hvert system fremstår helhetlig med en sterk OAS, påvirker dette brukers OAS positiv retning. Evalueringens vurdering av hindringene for et tverrfaglig samarbeid i og mellom systemene har til nå omfattet følgende: avtale av felles møtetidspunkter, fordeling av ansvar og felles utforming av tiltak basert på felles problemforståelse. Dette påvirker både graden av samarbeid og ikke minst kvaliteten på samarbeidet og de utformede tiltakene. Tiltakene er et redskap som skal styrke barnets individuelle og relasjonelle kompetanse, og styrke deres OAS i og mellom systemene. Hvis det tverrfaglige samarbeidet består av disse overnevnte hindringer er sannsynligheten stor for at systemene fremstår helhetlig med en middels eller svak OAS, noe som påvirker bruker i negativ retning. En svak OAS hos bruker kan øke sjansen for at vanskelig atferd blir opprettholdt, og hvis ikke ytterligere forverret. Om ikke de overnevnte hindringene er løst før en tilbakeføring kan den eventuelle positive endringen hos bruker tolkes som forbigående etter endt tilbakeføring til skolen. Grunnlaget for et godt tverrfaglig samarbeid mellom systemene ser ikke ut til å være dannet, og det vil på ingen måte forenkle en tilbakeføring av bruker som elev til skolen igjen. Uklar arbeidsfordeling, presset tid samt ofte uenighet om utformingen av tiltak vanskeliggjør et videre ettervern med oppfølging, psykiatrisk informasjonsarbeid samt tilrettelegging i konteksten skole. Alle informantene i evalueringen etterlyste mer *oppfølging* fra BUP etter at barnet eller ungdommen var ferdig utredet og behandlet (Andersson & Steihaug, 2008). BUP's rolle i videre tiltak er i følge evalueringen uklar og varierende, og det etterlyses gode rutiner for BUP og førstelinjen (som PPT består av) om videre oppfølging etter endt behandling. BUP understreker oppfølging som viktig og prioritert område, men som vanskelig å få til i praksis i forhold til å samle alle involverte parter, igjen tidsaspektet et hinder for møtetidspunktet og tverrfaglig samarbeid mellom systemene. På en annen side ser faste samarbeidsavtaler for PPT ut til å fungere. Oppfølging kan sies å være like viktig som selve behandlingen om ikke viktigere hvis vi minner oss selv om at tiltak overført til annen annen kontekst (skolen) vil høyst sannsynlig få en annen mening her i kraft av konteksten skole, enn de hadde i BUP. Tiltak med en annen mening i en annen kontekst krever oppfølging, men også høy grad av tilrettelegging og psykiatrisk informasjonsarbeid. Et godt ettervern sparer alle for et eventuelt tilbakefall. Til nå har jeg redegjort for aktuelle hindringer for tverrfaglige samarbeid i praksis, men med mer vekt på tverrfaglig samarbeid "om" bruker enn "med" bruker. Tidligere har jeg understreket betydningen av brukermedvirkning, altså et tverrfaglig samarbeid "med" bruker.

Brukermedvirkning er et sentralt tema i Opptrappingsplanen for psykisk helse som drøftet i kapittel 5. Evaluering av Opptrappingsplanen viser at dette arbeidet ikke er godt nok ivaretatt, og at brukermedvirkning er en forutsetning for at målene i Opptrappingsplanen skulle nås (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006:5). Uten brukermedvirkning, ingen endring. Redusert brukermedvirkning går utover brukers reelle opplevelse av innflytelse på utformingen av egne tiltak på systemnivå, samt hvor tilpassede og forutsigbare tiltakene blir i praksis på individnivå. Fagpersoners arbeid med utforming av tiltak vil bli mer treffsikkert og individuelt tilpasset om bruker medvirker til deres samarbeid på individ- og systemnivå. Et salutogent perspektiv gir ingen mening til et behandlings- og tilbakeføringsarbeidet om grunnleggende faktorer ved det tverrfaglige samarbeidet ikke er der. Den sirkulære effekten i et utrednings/behandlings- og tilbakeføringsarbeid vil høyst sannsynlig bli brutt i retning av skismogenese, da fundamentet for det tverrfaglige samarbeidet kan sies og ikke fungere optimalt.

7. Oppsummerende tanker og avslutning

Veien fra skismogenese til patogenese kan beskrives som enklere vei, enn veien til fra patogenese til salutogenese, hvor gjenoppretting av systemet "hjem" skal skje. Salutogenese med fokus på hvordan fremme sunnhet på tross av sykdom, og sunnhet med fokus på brukerens individuelle og relasjonelle mestringsressurser. Opplevelse av mestring er nødvendig for opplevelsen en sammenheng individuelt og relasjonelt i og mellom systemene. Sammensatte vansker som alvorlige atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser krever sammensatte løsninger. Sammensatte løsninger krever et sammensatt team, med andre ord et tverrfaglig samarbeid "om" bruker, "om" og "med" bruker og "med" bruker i og mellom systemene. Endringsarbeidet kan ikke skje uten brukers medvirkning på individ- og systemnivå i utformingen av tiltak "her og nå". Patogenese fokuserer på årsaker til brukerens sykdom (alvorlige atferdsforstyrrelser) som er en del av utredningsarbeidet, hvor brukermedvirkning ikke forekommer i stor grad. Patogenese "om" med vekt på salutogenese "med", beskriver deler av behandlingsarbeidet hvor målet er på den ene side å bevisstgjøre bruker om hvorfor sin livssituasjon "her og nå", samt tilrettelegge for en opplevelse av egne mestringsressurser. Salutogenese "med" fokuserer kun på hvordan brukermedvirkning gir mening til utforming av tiltak på systemnivå, for mer meningsfulle og individuelt tilpassede tiltak på individnivå. Evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse hevder at brukermedvirkning ikke er godt nok ivarettatt, og beskrives som en forutsetning for at målene i Opptrappingsplanen skal nås. Et endringsarbeid kan vanskelig sees som et godt arbeid med redusert brukermedvirkning. Behandlingsarbeidet kan da sies og reduseres til et arbeid "om" bruker og ikke "med", det vil si patogenese på tross av salutogenese. Bruker vil reduseres til et objekt, og ikke aktør i sitt eget liv. Det er imot alle mål i Opptrappingsplanen om et selvstendig, uavhengig menneske. Men for at brukermedvirkning skal bli reelt i praksis, bør som drøftet det tverrfaglige samarbeidet og samordning fremstå med en sterk OAS i og mellom systemene "om" bruker, før de kan samarbeide "med" bruker.

Tydelig kommunikasjon og resiprok relasjon er et godt utgangspunkt forutsetning for god tverrfaglig samordning og samarbeid som består av følgende: forskjellige kompetanser, felles forståelse, kjennskap til hverandres kompetanse, ansvarsfordeling, definerte roller og gjensidig respekt. De overnevnte faktorene er med på å danne et "sunt" tverrfaglig fundament som er åpent for samarbeid "med" bruker. I evalueringen av opptrappingsplanen

for psykisk helse kommer det frem aktuelle hindringer for tverrfaglig samarbeid, og som jeg videre har tolket som grunnleggende faktorer for et godt tverrfaglig samarbeid. De aktuelle hindringene for tverrfaglig samarbeid har vært: felles møtetidspunkter, ansvarsfordeling, felles utforming av tiltak basert på felles problemforståelse og videre oppfølging etter endt behandling. Dette kan blant annet belyse mangler på rutiner, kommunikasjon og informasjon i og mellom systemene som kan være videre problemstillinger som det er verdt å undersøke. Rutiner for samordning, det vil si at alle systemene eller delene må være på plass, for at samarbeidet skal oppfattes meningsfullt for samtlige deltakere. En mening til det tverrfaglige samarbeidet sikrer også informasjonsflyten i og mellom systemene, slik at systemene fremstår med en sterk OAS. Systemenes OAS påvirker brukerens OAS. Disse overnevnte hindringer for et tverrfaglig samarbeid kan svekke systemenes OAS, og brukerens OAS som deltaker av systemene. Det tverrfaglige fundamentet ut i fra evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse kan sies å være svekket. De aktuelle hindringene for samarbeid og samordning vanskeliggjør et behandlingsarbeid med å bryte en ond sirkel å starte en god sirkel ”om” og ”med” bruker. Et svekket tverrfaglig samarbeid og samordning som ikke fremstår helhetlig og sammenhengende for verken fagperson eller bruker, bør på systemnivå undersøkes for ”usunne” mønstre for å kunne si hvordan stenene er kombinert, for så å plassere de på rett måte på rett plass i et ”sunnere” mønster. Det vil gjenopprette de samarbeidende systemenes OAS i en samarbeidsrelasjon, og øke muligheten for å styrke brukernes individuelle og relasjonelle OAS i og mellom systemene.

8. Litteraturliste

- Aase, H. & Johansen, E.B. (2006): Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder og hyperkinetisk forstyrrelse. I: S., Eikeseth & F., Svartdal. (red.) (2006): *Anvendt atferdsanalyse: Teori og praksis*. 1. Utg., 3. Opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Alvesson, M., Sköldberg, K. (1994): *Tolkning och reflection. Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur
- Andersson, H.W, Ose, S.O. & Sitter, M. (2005): *Psykisk helsevern for barn og unge: behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet*. Oslo: Rapport STF78 A055009. (Sist oppdatert 03.01.2005). Hentet 3 januar 2009 fra SINTEF's webside: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/STF78_A055009.pdf
- Andersson, H.W. & Steihaug, S. (2008): *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykisk problemer: Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Rapport SINTEF A4727. (Sist oppdatert 30.01.2008). Hentet 25 mai 2009 fra SINTEF's webside: <http://sintef.org/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport%20A4727%20Sluttrapport%20Opptappingsplanen%20-%20tilgjengelighet.pdf>
- Antonovsky, A. (2000): *Helbredets Mysterium*. 1. utg., 7. Oplag. Hans Reitzels Forlag
- Bateson, G., (2009): *Mentale systemers økologi*. Oversatt fra amerikansk til dansk etter, Steps to an Ecology of Mind av, B., Nakagawa. Akademisk Forlag
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (2004): *Den samfunnsskapte virkelighet*. 3. Opplag. Fagbokforlaget
- Berg, N. (2005): *Elev og menneske. Psykisk helse i skolen*. Gyldendal Norsk Forlag
- Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss. I: A., Antonovsky, (2000): *Helbredets Mysterium*. 1. utg., 7. Oplag. Hans Reitzels Forlag

- Bruke, P.J. (2004): *Identities and structure*. The,2003 cooley-Mead Award Address social psychology quarterly, Vol. 67. Hentet fra socialpsychology. Org. Webside 10 oktober 2008: <http://wat2.146.ucr.edu/papers/04a.pdf>
- Felton, E. & Mezzacappa, E. Conduct and Oppositional Disorders. I: Rutter, M. & Taylor, E. (2002). *Child and adolescent Psychiatry* (s.419-436). 4. ed. Blackwell Publishing
- Festinger, L. (1954): A theory of social comparison processes. I: X., Chryssochoou (2004): *Cultural its psychology diversity*. Blackwell Publishing
- Gage, N.L. & Berliner, D.C. (1998): *Educational psychology*. 6.ed. Houghton Mifflin Company
- Giddens, Anthony (1991): *Modernitet og selvidentitet*. Hans Reitzels Forlag
- Gjærum, B., Grøholt, B & Sommerschild (red.)(1998): *Mestring som mulighet; i møte med barn, ungdom og foreldre*. Universitetsforlaget
- Kohut, H. (1982): Advanced in Self Psychology. I: A., Antonovsky (2000): *Helbredets Mysterium*. 1. utg., 7. oplag. Hans Reitzels Forlag
- Kunnskapsdepartementet: *Foreldre og foresatte*. Hentet 15 juni 2009 fra Kunnskapsdepartementets webside: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/grunnopplaring/kunnskapsloftet/foreldre-og-foresatte.html?id=426202>
- Kvernbekk, T.(2005):*Pedagogisk teoridannelse; insider, teoriformer og praksis*. Fagbokforlaget
- Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. Sosial- og helsedirektoratet (04/2006): *Brukermedvirkning- psykisk helsefeltet: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*. Rapport IS-1315. Hentet fra Helsedirektorates webside: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315_9828a.pdf
- Larsen, H.D, Christensen, K., Jørgensen,J., Nygaard, H. & Rasmussen, J.K. (2000): *Socialpsykiatri: Et systemisk perspektiv*. 1. Utg. Munksgaard

Læringssenteret (revidert utg., 2004): *Veiledning: Spesialundervisning i grunnskole og videregående opplæring*. Hentet 15 mars 2009 fra Utdanningsdirektoratets webside: http://www.utdanningsdirektoratet.no/upload/Brosjyrer/Veiledning_spesialunderv_gs_vgo_r_ev2004.pdf

Mørch, W.T. (2006): Behandling av barn med atferdsforstyrrelser. I: S., Eikeseth & F., Svartdal (red.)(2006): *Anvendt atferdsanalyse: Teori og praksis*.1. Utg. 3. Opplag, 2006. Gyldendal Norsk Forlag AS

Nordahl, T., Sørli, M.A., Manger, T., Tveit, A.(2005): *Atferdsproblemer blant barn og unge. Teoretisk og praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget

NOU (1996:22). *Lærerutdanning*. Kunnskapsdepartementet. (Sist oppdatert 06.09. 1996). Hentet 5.mai 2009 fra Regjeringens webside:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/,1996/nou-,1996-22/2.html?id=,14067,1>

Novartis Norge AS. AD/HD. (Sist oppdatert 2007). Hentet 16 november 2008 fra Novartis webside: <http://www.novartis.no/sykdommer/adhd.shtml>

Ogden, T. (2002). Sosial kompetanse og problematferd i skolen: Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen (s.,13-35).1. Utg., 7. Opplag 2006. Gyldendal Norsk Forlag AS

Opplæringslova. Lov om grunnskole og den videregående opplæringa m.v. 20 desember 2000 nr. 112. (Sist oppdatert 24 juni 2009). Hentet fra Lovdata`s webside 25 juni 2009: <http://www.lovdata.no/all/tl-19980717-061-011.html>

Öquist, Oscar (2008): *Systemteori i praktiken: konsten att lösa Problem Och Nå Resultat*.Stockholm: Förlagshuset Gothia

Rudiger, L. (2007): *Sunnhetens kilde. Oplevelsen af sammenheng*. Psykologisk Forlag

Snoek, J.E. & Engedal,K. (2000): *Psykiatrici; kunnskap-forståelse-utfordringer*. Akribe Forlag as

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Barn og unges psykisk helse*. Hentet 3 januar 2008 fra Sosial- og helsedirektoratets webside: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00012/Psykisk_magasin_nr_3_1268_2a.pdf

Strategiplanen (2003). *...sammen om psykisk helse...*: regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Oslo, Helsedepartementet.

St.meld. nr.25 (1996-97): *Åpenhet og helhet*. (sist oppdatert 18.04.1997). Hentet 10.november 2008 fra Regjerings webside: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97/2.html?id=191088

Tajfel, H. (1982): *Social identity and intergroup relations*. I: X., Chryssochoou (2004): *Cultural its psychology diversity*. Blackwell Publishing

Tuseth, A.G., Sverdrup, S., Hjort, H. & Frustad, C. Rapport 1312: *Å spørre den det gjelder: Erfaringer med bruk av klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid*. (Sist oppdatert 2006). Hentet fra Regionssenter for barn og unges psykiske helse: [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Prosjektrapport%201312%20Å%20spørre%20den%20det%20gjelder.doc/\\$file/Prosjektrapport%201312%20Å%20spørre%20den%20det%20gjelder.doc](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Prosjektrapport%201312%20Å%20spørre%20den%20det%20gjelder.doc/$file/Prosjektrapport%201312%20Å%20spørre%20den%20det%20gjelder.doc)

Watzlawick, P., Bavelas, J.B. & Jackson, D. (1967): *Pragmatics of human communication, a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Northon & Company, Inc

Wikipedia: *Holisme*. (Sist oppdatert 05.02.2009). Hentet 20 mars 2009 fra Wikipedias webside: <http://no.wikipedia.org/wiki/Holisme>

Østerberg, D. (1983): *Teorien om arbeidsdeling*. Emilie Durkheims samfunnslære. Pax Forlag, 37-58

